DU MANUEL OPÉRATOIRE

DE

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

DU
MANUEL OPÉRATOIRE
DE
L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

PAR

Le Dr M. MALAPERT

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

PARIS
SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
4, RUE ANTOINE-DUBOIS, 4

1893

Au moment de terminer nos études, nous tenons à remercier tous nos maîtres dans les hôpitaux.

Comme externe, nous avons pu profiter des leçons et des bons conseils de MM. Marchand, Dujardin-Beaumetz et de M. le professeur Hayem ; qu'ils reçoivent ici l'expression de notre reconnaissance.

MM. De Saint-Germain et Gaucher ont bien voulu nous recevoir comme interne provisoire ; nous leur adressons nos plus vifs remerciements.

M. Quénu, qui a été notre premier maître dans l'internat, nous a permis de travailler sous ses ordres à l'amphithéâtre des hôpitaux ; sa bienveillance pour nous a toujours été à la hauteur de son savoir.

M. Richelot, qui nous a inspiré l'idée de cette thèse, a toujours été pour nous un maître affable et bon ; nous n'oublierons jamais l'année que nous avons passée auprès de lui.

Après avoir été interne provisoire chez M. Berger, il a bien voulu nous recevoir comme interne titulaire dans son service ; nous savons apprécier cet honneur.

Des circonstances imprévues nous empêchent de terminer notre quatrième année dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, nous tenons à lui en exprimer tous nos regrets.

Enfin, nous n'oublierons pas nos autres maîtres dans les hôpitaux : MM. Charpentier, Campenon, Poirier, Potherat et Variot ; nous regrettons seulement de n'avoir pu être leur élève plus longtemps.

M. le professeur Tillaux veut bien accepter la présidence de cette thèse. Nous savons tout le prix qu'il faut attacher à cet honneur.

A MES PREMIERS MAITRES

DE L'ÉCOLE DE POITIERS

INTRODUCTION.

Nous n'avons pas ici l'intention de traiter la question de l'hystérectomie vaginale dans son ensemble.

Nous ne nous occuperons pas des discussions, anciennes déjà, quoique encore ouvertes, de l'ablation totale ou partielle de l'utérus dans le cancer de cet organe. Nous ne discuterons pas non plus la valeur respective de l'hystérectomie vaginale ou de la laparotomie pour les lésions doubles, suppurées ou non, des annexes. Toutes ces questions ont été discutées maintes et maintes fois et il y a des laparotomistes quand même dans les lésions doubles des annexes, et il reste encore quelques partisans de l'ablation partielle de l'utérus dans les cas de cancer de la matrice.

Nous voulons seulement poser les règles opératoires de cette opération, montrer quels sont les procédés des divers auteurs ; les modifications apportées à la technique par quelques-uns d'entre eux et montrer que cette technique varie aussi avec les cas.

Et en effet, l'hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus n'est pas comparable à l'opération pratiquée pour les grandes suppurations pelviennes ou à

la castration utérine pour lésions doubles des annexes. Suivant que l'utérus sera plus ou moins mobile ou complètement enclavé dans le petit bassin, immobilisé par des adhérences anciennes circonscrivant des loges remplies de pus, le manuel opératoire devra forcément subir des modifications si importantes que l'opération dans ces deux cas ne sera plus comparable à elle-même. Le manuel opératoire de l'hystérectomie pour fibrome de l'utérus, quand on est obligé d'enlever la tumeur fragment par fragment, ne ressemble pas au procédé employé pour enlever un utérus qui peut basculer dans le vagin.

Après avoir fait l'historique de cette opération, nous exposerons la technique opératoire à suivre dans les divers cas et nous verrons qu'on peut avoir affaire à trois procédés tout à fait différents.

1° L'utérus est libre, il n'a pas contracté d'adhérences avec les autres organes du petit bassin, son volume n'est pas trop considérable pour pouvoir traverser le vagin et la vulve d'un seul bloc.

2° L'utérus, quoique mobile, a un volume qui ne permet pas de l'extraire d'emblée et en un seul bloc, ou bien il est fixé par des adhérences qui se laissent détruire, il est mobilisable en un mot.

3° Enfin, l'utérus est fixé dans le petit bassin, il est immobilisé au centre de fausses membranes faisant de tous les organes pelviens une masse dans laquelle sont parfois creusées des loges renfermant du pus, il est immobilisable.

HISTORIQUE

Velpeau, dans ses Nouveaux Éléments de médecine opératoire, après avoir étudié les ablations de l'utérus en prolapsus arrive à l' « Ablation de la matrice non déplacée » et dit: « Si on en croit Lazzari, l'enlèvement de l'utérus en totalité et non déplacé aurait été pratiqué trois fois par Monteggia, vers le commencement de ce siècle. De Siebold veut aussi qu'Osiander père l'ait exécuté une fois avec succès. Il paraît du moins certain que le 13 avril 1812, il fut effectivement mis en pratique par Paletta, mais ce fut une méprise de sa part; l'auteur ne voulait enlever que le col devenu cancéreux, et ne reconnut qu'il avait enlevé l'utérus en entier qu'en l'examinant après l'opération. »

C'est de la même façon que s'exprime Rochard dans son « Histoire de la chirurgie française au XIXe siècle ». Et tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que c'est Sauter de Constance qui conçut le premier le projet de cette opération et qui l'exécuta avec succès d'ailleurs. Mais son procédé était bien précaire et on s'étonne que, ne faisant pas de ligatures, il ait pu sauver sa malade.

Voici comment il rend compte de son opération.

Je procédai à l'opération le 22 janvier 1822. Je plaçai la malade horizontalement et en travers de son lit ; les genoux étaient tenus par mes aides ; le rectum et la vessie avaient été préalablement vidés. Je tentais d'abord d'abaisser l'utérus avec un doigt agissant comme un crochet, mais les fongosités se déchirèrent et saignèrent sans que la matrice descendît aucunement ; il fallut y renoncer. J'introduisis alors l'index et le médius gauches sous le pubis jusqu'au col ; je glissai entre ces deux doigts un couteau convexe, arrondi par le bout, à manche long et fixe, avec lequel je coupai le vagin sur l'utérus, en faisant immédiatement pénétrer un doigt dans l'ouverture que j'achevais tout autour du vagin, ce qui eut lieu sans interruption et sans accident. Pour détruire les attaches latérales, j'introduisis de nouveau un doigt dans l'utérus pour l'attirer en bas, tandis qu'avec le manche du couteau ou avec l'index droit je déchirai le tissu cellulaire ; mais l'adhérence était si forte que ce moyen ne réussit pas. Une masse de fongosités se déchira et vint faire saillie à la vulve J'employai alors une pince avec laquelle je saisis la paroi antérieure du col et la tirai tandis qu'avec le manche du couteau et une spatule de baleine je cherchais à détacher l'utérus de la vessie. Mais plusieurs tentatives furent vaines, la pince échappa en emportant avec elle une portion de la tumeur.

» L'opération durait depuis une demi-heure et je n'avais pu effectuer ni l'abaissement de l'utérus ni sa séparation d'avec le péritoine. La malade perdait patience, elle s'affaiblissait par la perte de sang dont la plus grande partie provenait du déchirement des fongosités. Alors je changeai de plan : je renonçai à toute espèce d'abaissement ou de séparation et me déterminai à couper net au-dessus du fond de l'utérus. Pour cela, j'introduisis deux doigts de la main gauche dans le vagin entre la vessie et l'utérus, je conduisis entre eux le scalpel, je saisis avec l'index recourbé une portion du tissu cellulaire que je coupai près de l'utérus jusqu'à ce que mes doigts parvinssent dans l'abdomen : ensuite je coupai de même peu à peu le péritoine en avant et en haut jusqu'aux adhérences latérales naturelles les plus élevées ; j'introduisis alors toute la main gauche dans le vagin et pénétrai par l'ouverture du péritoine dans la cavité où je déta-

chai de chaque côté de l'utérus les ovaires et les ligaments latéraux. J'appliquai alors la main sur le fond de l'utérus et cherchai à le renverser en avant. Mais les intestins se précipitèrent dans le vagin ; je les fis maintenir par un aide et réussis à renverser l'utérus et à attirer son fond jusqu'à la vulve. J'achevai avec l'instrument tranchant de détacher l'utérus de la paroi postérieure du vagin et de ses attaches latérales, ce qui eut lieu très aisément et sûrement, les parties étant exposées à la vue... Excepté l'hémorrhagie dont j'ai parlé, il n'y eut que celle qui provint d'un petit vaisseau coupé vers la fin de l'opération et qu'on arrêta avec les doigts. La malade perdit environ une livre et demie de sang ».

On le voit, Sauter ne fit aucune ligature et on s'étonne que sa malade n'ait pas succombé à l'hémorrhagie. Peut-être faut-il invoquer, pour expliquer ce fait, les tractions exercées pendant les tentatives d'abaissement. Il se sera passé là ce qui se passe dans les plaies par arrachement où on voit un membre enlevé avec une hémorrhagie insignifiante et ne mettant pas la vie du malade en danger.

Cependant Sauter avait été amené à faire une manœuvre que nous retrouverons dans plusieurs procédés d'hystérectomie vaginale totale, le renversement de l'utérus. Il n'avait pas craint, à une époque où toucher le péritoine était, presqu'à coup sûr, signer le décès des opérés, d'introduire franchement ses doigts dans le ventre et d'accrocher le fond de l'utérus pour l'amener à la vulve. De cette façon, il avait pu détacher l'utérus « très aisément et sûrement ».

A la suite de Sauter, on voit quelques chirurgiens tenter l'opération sans grand succès, il est vrai.

Le 5 février 1824, Hœlscher imita le chirurgien de Constance.

De Siebold fait l'opération deux fois : le 19 avril 1824 et le 25 juillet 1825. Ses deux malades meurent, la première au bout de 65 heures, la seconde le lendemain de l'opération.

Langenbeck opère une première malade le 11 janvier 1825 ; elle meurt au bout de 32 heures. Le 5 août de la même année il a recours pour la seconde fois à l'extirpation de la matrice et la femme meurt 50 heures après.

Plus heureux, Blundell sauve une de ses malades. Opérée le 19 février 1828, elle ne succombe à la récidive qu'un an après. Mais trois autres femmes opérées par lui meurent : l'une au bout de 39 heures, l'autre de 9, et la troisième très promptement.

Le 2 septembre 1828, Banner opère une femme qui succombe le 4e jour.

Lizars suivit l'exemple de ses compatriotes et la femme qu'il opéra le 2 octobre 1828 meurt dans les 24 heures.

En 1829, Langenbeck tente une troisième opération et sa malade survit pendant 14 jours.

L'hystérectomie vaginale avait donc été pratiquée 12 fois en 7 ans. Neuf malades étaient mortes avant la fin du troisième jour ; une avait survécu 14 jours ; celle de Sauter 4 mois, et la première opérée de Blundell n'avait vu la mort par récidive survenir qu'au bout d'un an.

Ces résultats, obtenus par les chirurgiens allemands et anglais, étaient peu faits pour tenter les chirurgiens français. Un se décida cependant à pratiquer l'hystérectomie vaginale: Récamier. Et c'est à lui que revient l'honneur d'avoir fait le premier une opération réglée et surtout d'avoir établi qu'on pouvait et qu'on devait toujours placer des ligatures sur les ligaments larges. Le 26 juillet 1829 il pratiqua l'opération suivante:

La malade est tenue par les aides sur le pied d'un lit disposé comme pour la lithotomie. Deux pinces de Museux ayant les manches recourbées à angle droit sont fixées sur la partie saillante du col et confiées à un aide qui exerce une traction lente, forte et continue afin d'abaisser le corps utérin autant que possible. Ce premier temps de l'opération fut le plus douloureux. M. Récamier explore alors le rectum qui n'a pas suivi la matrice dans son déplacement et procède de suite à la section du vagin. L'indicateur gauche sert de conducteur à un bistouri en rondache, tranchant seulement à son intrémité et qui divise la muqueuse vaginale à l'endroit où elle se replie sur le museau de tanche. Alors, le doigt seul pénètre dans l'incision et divise le tissu cellulaire qui unit le col utérin au bas-fond de la vessie. Cette séparation est faite dans l'étendue de deux pouces. Arrivé au péritoine, le bistouri le divise comme la muqueuse et alors le doigt peut explorer le fond de l'utérus.

Les ligaments larges sont tendus par suite de l'abaissement de l'utérus. Un bistouri boutonné est conduit sur l'endroit où ces replis membraneux s'insèrent à l'angle de l'utérus et les divise dans les deux tiers de leur hauteur. La malade n'avait pas perdu une once de sang et elle se plaignait fort peu.

L'indicateur gauche, recourbé à angle aigu, embrasse le reste du ligament large, tandis que la main droite, armée d'une longue aiguille à manche, traverse la partie supérieure de la muqueuse vaginale et porte une ligature qui sort en arrière où elle rencontre l'indicateur gauche. La ligature est saisie et ramenée au dehors où elle est confiée à un aide qui place un serre-nœud à coulant et comprime les parties qu'elle entoure. La même chose est faite de l'autre côté et, dès lors, toute crainte d'hémorrhagie est détruite.

Celà étant achevé, le corps de l'utérus est ramené en avant, attiré au dehors, les pinces de Museux sont dégagées et l'opérateur divise la partie postérieure du vagin ainsi que les replis péritonéaux qui unissent encore l'organe aux parties voisines. Le bistouri boutonné n'agissant en quelque sorte que sur des parties à découvert.

Le doigt d'un aide, placé dans le rectum, s'assurait des progrès de la section et devait en avertir M. Récamier.

De cette façon, l'ablation fut bientôt complète et à l'instant où le faisceau membraneux comprenant les artères utérins fut divisé, il ne s'écoula pas de sang tant les ligatures étaient convenablement placées.

La terminaison absolue de la cicatrisation et la parfaite souplesse de la cicatrice et de toutes les parties environnantes, ont été constatées le 5 septembre, 43e jour de l'opération, par MM. les docteurs Bally, médecin de l'Hôtel-Dieu, Breschet, Patrice, Gibert, agrégé de la Faculté, et par moi. La dame B... sort de l'hôpital dans deux jours.

La malade eut une survie d'une année. Récamier, encouragé par ce succès, écrit la même année :

Etant prouvé qu'il peut y avoir hémorrhagie, je pense qu'il est préférable de poser des ligatures avant la section des ligaments larges et je proposerai pour l'extirpation de l'utérus divers procédés fondés sur l'existence de son abaissement et la possibilité de le produire. Je poserai quatre cas.

1° S'il y avait prolapsus, je pense qu'après avoir placé deux ligatures latérales, maintenues par deux serre-nœuds, il conviendrait de faire immédiatement la section de la matière à quelques lignes au-dessous pour éviter la tension permanente des ligaments, la résorption d'une matière fétide et les inconvéniens qui pourraient en résulter.

2° S'il n'y avait pas de prolapsus, je propose le procédé opératoire suivant : abaisser jusqu'à la vulve l'utérus malade, avec une forte pince de Museux, comme pour la résection de son col, ou bien se servir, pour déterminer cet abaissement, d'une tige de fer brisée et susceptible de se dilater par une vis de rappel, après avoir été introduite dans la cavité utérine. L'abaissement produit, on peut inciser le vagin et le péritoine en avant et en arrière du col en suivant la surface de l'utérus. Avec le bistouri caché, porté sur l'extrémité

du doigt qui le conduit, on ouvre le vagin et le péritoine en avant de la partie moyenne du col et du corps de l'utérus en le rasant de très près afin d'éviter les uretères et la vessie ; cela fait, on place dans l'ouverture le bout de l'index gauche qui sert de conducteur au bistouri boutonné, avec lequel, en suivant transversalement la surface de la matrice, on prolonge, à droite et à gauche, la première ouverture jusque vers les ligaments larges. On procède ensuite de la même manière en arrière.

Celà fait, on voit que l'utérus ne tient plus au reste du corps que par ses parties latérales. Alors, au moyen d'une sonde de Belloc, on passe au-dessus de chaque ligament une ligature qu'on fixe au moyen d'un serre-nœud.

Les ligatures étant serrées, on termine l'opération comme dans le cas de prolapsus en réséquant l'utérus de manière à ne laisser de chaque côté qu'un petit moignon pour le soutenir.

3e Lorsque le col de l'utérus, ramolli, détruit par la maladie ou déjà excisé, ne peut donner prise pour l'attirer à la vulve, on pourra se servir du procédé que je vais décire : avec le bistouri caché convexe, conduit sur l'index, on incise le vagin et les replis du péritoine en avant et en arrière, en remontant sur la matrice. Ces premières incisions sont prolongées à droite et à gauche, sur toute la largeur avec un long bistouri boutonné, porté sur le doigt qui lui sert de conducteur. Celà fait on a la la possibilité de porter sur l'organe la pince de Museux par les deux ouvertures faites d'abord et de l'abaisser jusqu'à la vulve pour terminer l'opération par deux ligatures latérales et la section des ligaments très près de la matrice.

4° Quant au quatrième cas, celui dans lequel on ne pourrait abaisser l'utérus avant la section de son ligament, voici de quelle manière je procédai lorsqu'en 1818 je fis publiquement, à l'Hôtel-Dieu, sur le cadavre, l'extirpation de l'utérus sans abaisser cet organe.

J'ouvrais le vagin en avant du col avec un pharyngotome, puis je guidais avec le doigt, et en remontant le long du corps de l'utérus, un bistouri, je parvenais dans le péritoine entre cet organe et la vessie. Cela fait en avant, je procédais de la même manière et avec plus de facilité en arrière. Par l'ouverture antérieure, je portais, le long du doigt, jusque dans le péritoine, le lithotome caché du frère Côme, je tournais le tranchant à gauche et un peu du côté de la matrice, j'appuyais le dos de sa

gaine contre mon doigt, j'ouvrais l'instrument et je le retirais ouvert. De cette manière j'incisais le vagin et le péritoine le long de l'utérus jusqu'au ligament large correspondant. un second trait de lithotome prolongeait l'incision jusqu'au ligament large opposé. Je procédais ensuite de la même manière en arrière. Alors, avec ma sonde de Belloc, je passais une ligature sur chaque ligament large et je la fixais avec un serre-nœud. Cette précaution prise contre l'hémorrhagie, je saisissais le col de la matrice avec ma pince de Museux et je portais sur le doigt un long bistouri boutonné et concave vers sa pointe, avec lequel je coupais les ligaments très près de la matrice, qui était ensuite retirée avec la pince. Jamais, par le procédé que je viens de décrire. je n'ai blessé la vessie ni le rectum.

Avec une technique si complète, si rationnelle, on croyait ne devoir plus compter que des succès. Malheureusement, les faits ne vinrent pas justifier ces espérances et les insuccès succèdent aux insuccès avec une régularité désespérante, malgré quelques modifications de détail apportées au procédé.

Roux et Récamier opèrent ensemble deux nouveaux cas, un dans le courant de la même année 1829 et un autre le 13 janvier 1830. Les deux femmes meurent en 25 et 33 heures.

Cette même année 1829, deux mémoires paraissent sur l'hystérectomie vaginale.

Gendrin donne un procédé opératoire qu'il n'a essayé qu'une fois sur le cadavre. Il commence par faire sur les côtés du vagin, à sa partie supérieure. deux incisions pour aller chercher l'artère utérine : celle-ci, dit-il, sur laquelle il faut agir pour arrêter le sang, se trouve constamment sur la face externe et un peu antérieure du vagin, aux limites des adhé-

rences de cet organe avec la vessie dans tout le tiers supérieur du vagin ; on l'atteint sûrement de cette manière. Puis, il fait une incision transversale sur le repli postérieur du vagin, et ainsi de même sur l'antérieur, ce qui fait communiquer les deux incisions latérales qui ont servi à la ligature de l'artère. Si l'on opère en haut du vagin, dit-il, on peut tout de suite opérer d'un seul coup la section du vagin et du péritoine, antérieurement et postérieurement, par les deux sections transversales. Enfin, après avoir divisé les ligaments latéraux, au lieu de renverser la matrice, il lui fait éprouver un mouvement de rotation pour l'extraire.

Claudius Tarral critique ce procédé, qui expose à de nombreux accidents, et donne le sien.

Pénétré des inconvénients des efforts violents nécessaires pour produire le renversement de l'utérus, mais convaincu de l'avantage de la ligature des ligaments latéraux pour prévenir toute hémorrhagie, j'ai cherché aussi une méthode opératoire qui remplirait ces conditions. Voici comment j'ai opéré deux fois. Après avoir saisi le col de l'utérus avec une pince à crérignes, je le tirai en bas autant qu'il est possible sans faire de tractions considérables afin de rendre cet organe immobile. Alors, je fis une incision sur les deux tiers supérieurs de la circonférence du vagin ; je séparai la matrice d'avec la vessie en suivant le procédé déjà indiqué et enfin le péritoine fut incisé de l'insertion d'un ligament large à la matrice à celui du côté opposé. J'ai cherché ensuite avec l'indicateur gauche la Trompe de Fallope, qu'on distingue facilement. Alors, je pris l'aiguille à anévrysmes de Deschamps, armée d'une ligature; je conduisis la pointe de cet instrument (que l'on pourrait garnir de cire) sur le bord palmaire de l'index afin d'éviter la lésion d'autres parties. Arrivé à l'extrémité du doigt, je fis tourner la courbure de l'aiguille sur la trompe, que je déprimai un peu en bas à l'aide de l'aiguille, et enfin, après avoir contourné le ligament avec l'ins-

trument conducteur du fil, je cherchai à l'endroit de l'incision vaginale la pointe de l'aiguille qu'on peut sentir facilement à travers le tissu cellulaire. Bien assuré d'avance que la ligature était assez éloignée de la matrice pour permettre que l'on pût couper les ligaments latéraux, sans trop s'approcher des fils, je fis sortir la pointe de l'aiguile à l'endroit déjà indiqué, je saisis la ligature, l'aiguille fut retirée avec tout le soin convenable et la ligature serrée avec les doigts. Les ligaments furent aussitôt divisés, puis je fis la section du tiers postérieur du vagin, et la matrice étant séparée du rectum, je procédai à la ligature du côté gauche ; je le coupai et la matrice fut aussitôt enlevée. L'examen du bassin montra que les ligaments latéraux droits étaient complètement embrassés par le fil et fortement serrés ; le côté opposé l'était moins, ce qui avait permis à une portion des ligaments de s'échapper, quoique la ligature fût également bien placée.

J'ai répété depuis cette opération avec le même résultat. Il me semble maintenant qu'il serait beaucoup plus facile de placer les ligatures après avoir complètement isolé la matrice de la vessie et du rectum car alors on introduirait aisément l'indicateur au dessus du ligament large et le doigt médius au-dessous de ce même lien et, ainsi, on pourrait guider sûrement l'aiguille armée du fil.

Nous avons essayé bien d'autres procédés pour l'ablation de l'utérus, mais comme ils n'offrent pas de conditions avantageuses, nous les passons sous silence. Toutefois il faut dire un mot d'autres difficultés que l'opération présente.

L'étroitesse du vagin, si on veut le conserver dans son intégrité, peut s'opposer à toute tentative d'enlèvement de l'utérus.

Siebold, pour surmonter cet obstacle, augmente les dimensions du vagin en incisant ce canal de chaque côté du périnée.

Lizars fendit le rectum.

Récamier divisa le périnée sur la ligne médiane.

De toute ces manières, je préfère beaucoup celle employée par l'habile accoucheur de Berlin. Mais une seule incision du vagin, en la dirigeant vers la tubérosité de l'Ischion comme celle que l'on pratique pour la taille latérale, agrandit bien suffisamment ce canal.

En 1830, Delpech fit une opération sur le vivant avec aussi peu de succès que ceux qui l'avaient tentée avant lui. « Il acheva de la discréditer dans l'opinion

» des chirurgiens ; elle rencontra de nombreux adver-
» saires à l'Académie de médecine lors du rapport fait
» par Capuron sur le mémoire de Dubled (séance du
» 13 juillet 1830). Boyer se prononça contre elle et
» Larrey lui porta le dernier coup par le rapport
» défavorable qu'il lut le 18 novembre 1830 sur le
» mémoire et le procédé de Delpech. Un pareil arrêt
» devait être sans appel, le temps n'a fait que le
» ratifier ». Ainsi s'exprime Rochard dans son « Histoire de la chirurgie française au XIXe siècle ». Et cela en 1875.

A cette époque, paraissait dans la « Tribune médicale », un article de Coudereau, indiquant un nouveau procédé.

« Dans tous les cas le péritoine a été largement ouvert et,
» après l'opération, laissé en communication avec l'extérieur et
» contenant du sang qui s'y est répandu pendant l'opération
» et dont il n'est pas possible de le débarrasser entièrement.
» Ma principale préoccupation etait de ne pas ouvrir le péritoine. »

Il recommande alors de dilater l'urèthre au début de l'opération et d'introduire un doigt dans la vessie afin de pouvoir surveiller à son aise les rapports des deux organes toutes les fois que cela est utile. Il se sert pour abaisser l'utérus, d'un instrument spécial : l'endoceps. Cet instrument est formé de deux branche en X, de sorte qu'en rapprochant l'une de l'autre les deux branches à une extrémité, on obtient, à l'autre extrémité, un écartement. Il décolle la vessie et le cul-de-sac vésico-utérin, fait basculer l'utérus en avant et jette au-dessus de la matrice une anse de fil métallique dont les deux chefs sont passés dans un serre-nœud de Maisonneuve, à l'aide duquel il fait un pédicule uniquement composé d'éléments péritonéaux Il passe une broche en fer à travers le pédicule et un second serre-nœud appliqué derrière la broche est modérément serré. Il détache la matrice et fait la suture du vagin.

Ce procédé, qui n'a pas été appliqué sur le vivant, ne paraît pas devoir donner d'excellents résultats à cause de la difficulté de décoller le péritoine. D'ailleurs, avec la méthode antiseptique, le péritoine se laissait toucher et l'hystérectomie reparut.

C'est en Allemagne que l'opération, née en France avec Récamier, devait reparaître en 1876. A cette époque elle est pratiquée par Hennig avec succès. Puis Czerny, Billroth, Schede, préconisent la voie vaginale de laquelle on avait été détourné par Freund au profit de la voie abdominale.

Wöffler et Mikulicz, deux élèves de Billroth, publient les premières opérations faites par cette voie et donnent leur manuel opératoire : irrigation continue et ligatures multiples des ligaments larges.

Enfin, en 1881, au 10e Congrès des chirurgiens allemands, Martin se fait le défenseur de l'ablation de l'utérus par la voie vaginale. La laparo-hystérectomie de Freund ne lui ayant donné que des insuccès, il préconise la colpo-hystérectomie.

Elle est faite un grand nombre de fois en Allemagne, en Suisse, en Angleterre et en Italie, mais ce n'est qu'en 1882 que Péan l'a faite pour la première fois en France.

Puis Demons, de Bordeaux, Bœckel, de Strasbourg, la préconisent. MM. Terrier, Tillaux, Trélat, Gillette, Richelot, Bouilly, Pozzi entrent dans cette voie, bientôt suivis par la majorité des chirurgiens.

Jusqu'en 1890, elle n'avait été pratiquée que pour

les maladies locales de l'utérus, mais le 8 Juillet, M. Péan faisait à l'Académie de médecine une communication dans laquelle il disait : « Dans tous les cas de suppurations graves de l'utérus et de ses annexes, c'est l'hystérectomie vaginale qu'on doit employer ; tous les autres moyens sont moins favorables pour enrayer le progrès du mal ». Et il donnait une description de son procédé d'hystérectomie vaginale par morcellement.

Le 25 Février 1891, M. Segond faisait à la Société de chirurgie une communication sur le même sujet, mais il va plus loin que M. Péan.

Pour lui, l'hystérectomie vaginale doit être réservée à tous les cas dans lesquels l'ablation bilatérale des annexes est indiquée.

Cette communication souleva de nombreuses objections de la part des membres de la Société et en quelques séances ils prenaient position. Si bien que dans la séance du 25 mars 1891, M. Segond pouvait dire :

« Si j'ai bien compris ceux d'entre vous qui ont » pris une part directe à la discussion, vous formez » trois groupes : celui des adeptes, celui des adver- » saires pour l'instant irréconciliables, et le groupe de » ceux qui reconnaissent la supériorité de l'hystérec- » tomie dans certains cas particuliers.

» Le premier est représenté par MM. Reclus et » Nélaton, qui ont accepté mes conclusions sans res- » triction. Le deuxième ne compte qu'un seul membre,

» mon ami M. Pozzi. Le troisième compte Terrillon,
» Bouilly, Richelot, Terrier, Lucas-Championnière,
» Routier, Bazy et Reynier ».

Actuellement les positions sont à peu près les mêmes, sauf que plusieurs des chirurgiens que M. Segond rangeait dans son troisième groupe ont suivi ses traces et parmi ceux-là notre excellent Maître M. Richelot, comme l'atteste sa communication au Congrès de Bruxelles de 1892.

Toutes les discussions ne sont pas terminées sur cette question de l'hystérectomie vaginale pour les lésions doubles des annexes. Et comment pourrait-il en être autrement puisqu'au mois de novembre 1891 des chirurgiens attaquaient encore à la Société de Chirurgie, l'hystérectomie vaginale comme traitement du cancer de l'utérus.

Procédés d'hémostase

Avant d'entrer dans le détail de la technique de l'hystérectomie vaginale, il est un point capital sur lequel nous devons insister. Comment doit-on faire l'hémostase?

Cette question est une des plus importantes dans cette opération. En effet, les artères qui se rendent à l'utérus, utérine en bas, utéro-ovarienne en haut, sont difficiles à saisir, et il suffit d'avoir vu saigner une fois une artère utérine dans le fond d'un vagin pour se rendre compte de l'importance de cette hémorrhagie. Pour pratiquer l'extirpation de l'utérus par la voie vaginale, il faut abaisser l'organe, par cela même on tire sur les ligaments larges qui se laissent allonger, mais, sitôt que leur insertion sur les côtés de l'utérus est coupée, ils remontent sur les parties latérales du bassin, grâce à leur élasticité. Il est donc de toute nécessité de s'assurer au préalable que les artères ne donneront pas.

Pour cela, il y a deux procédés, la ligature avec un fil de soie, un catgut ou un fil métallique et la forcipressure à demeure. Nous verrons plus loin comment on applique ces deux procédés d'hémostase, mais nous tenons à faire valoir les arguments qui militent en faveur de chacun et nous espérons pouvoir démontrer que la forcipressure a des avantages indéniables. Avantages d'autant plus grands que sans elle la chirurgie était privée de l'hystérectomie vaginale pour

le traitement des maladies des annexes utérines, de l'hystérectomie vaginale par morcellement.

Tout d'abord on n'employa que les ligatures; mais bientôt les chirurgiens les plus autorisés trouvèrent des inconvénients à ce procédé. Le 22 Juillet 1885, à la Société de chirurgie, le professeur Trélat, relatant une opération d'hystérectomie vaginale, disait: « L'utérus était très » grand comme on l'a vu, il ne pouvait être contourné » par le doigt, mais on pouvait, quoique avec peine, » contourner le ligament large pour passer les ligatures, » ce qui est certainement le temps le plus pénible de » l'opération; il demande à être modifié. Avant de sec- » tionner le ligament large il faut l'étreindre dans 3 ou 4 » ligatures en chaîne et se défier de son élasticité qui, » dans le cas actuel, a fait tomber les ligatures des deux » côtés aussitôt après la division des ligaments, de sorte » qu'il a fallu faire ensuite la ligature isolée de tous les » vaisseaux. »

Dans la même séance, M. Terrier rapportait une opération dans laquelle la ligature fut encore plus infidèle. « Les ligaments larges furent sectionnés après avoir fait » sur chacun d'eux deux ligatures en chaîne, ce qui est » insuffisant. Cependant l'hémostase parut parfaite à un » examen attentif et répété. Pendant trois jours, la malade » alla bien, malgré un pouls rapide et de l'agitation; à ce » moment survint de la pâleur de la face qui fit craindre » une hémorrhagie interne, puis l'état s'aggrava et la » malade mourut le 7e jour de péritonite suraiguë. A l'au- » topsie on trouva un litre de sang dans le péritoine;

» l'hémorrhagie provenait de la partie supérieure du » ligament large gauche dont la ligature avait cédé. »

Le 8 août de la même année, M. Richelot perdait, lui aussi, une de ses malades d'hémorrhagie.

Instruit par ces deux échecs, M. Richelot proposait, le 11 octobre 1885, à la Société de chirurgie, de remplacer les ligatures par des pinces à forcipressure d'un modèle spécial. « La ligature des ligaments » larges est la pierre d'achoppement de l'hystérec- » tomie vaginale ; c'est la grosse difficulté qui en- » traîne deux conséquences extrêmement fâcheuses : » la prolongation des manœuvres et la possibilité de » l'hémorrhagie..... Or, ce moyen existe, il est entre » nos mains : je veux parler des pinces à pression » continue. L'opération durera une demi-heure au » lieu d'une heure et demie et l'hémostase sera » assurée. De plus, le péritoine pelvien ne sera plus » offensé par l'introduction pénible et réitérée des » aiguilles et des doigts..... Les tissus comprimés par » la pince se comporteront comme les tissus étran- » glés par le fil ; les pinces rempliront l'office de » drains. »

Déjà auparavant, en 1882, Spencer Wells proposait d'appliquer d'une façon constante et comme procédé de choix de longues pinces et de les laisser à demeure sur les ligaments larges durant deux ou trois jours. Mais il ne l'a jamais fait. Son élève, E. Jennings, se trouvant en présence de difficultés opératoires le 30 octobre 1885, appliqua les longues pinces de Spencer Wells et les laissa à demeure.

M. Péan, de même, a été forcé, dans des cas où il n'avait pas pu mettre des ligatures, de laisser des pinces à demeure sur les ligaments larges. C'est du moins ce qui ressort d'observations publiées en 1886 dans la thèse de Gomet. Une première fois, à propos d'une opération faite le 19 Juin 1885, M. Péan dit : « Après avoir saisi ces deux ligaments, je *fus obligé* » de placer successivement sur chacun cinq autres » pinces courbes. Il m'aurait été impossible, en raison » de la hauteur à laquelle ces pinces étaient placées, » de les enlever ; je me *décidai* à les laisser à demeure » et je ne fis pas de suture de la plaie ». Une seconde fois, le 21 Août 1885, le même chirurgien est *obligé* de laisser à demeure des pinces qu'il avait placées sur les ligaments larges parce que « les pinces placées » *provisoirement* sur eux pénètrent dans un tissu mou, » blanchâtre, encéphaloïde, tellement friable qu'elles » coupent une artère utéro-ovarienne ; le jet de sang » est arrêté par l'application d'une pince longue et » droite. »

Mais le chirurgien de l'hôpital St-Louis n'a pas abandonné pour cela les ligatures, puisque dans la relation d'une hystérectomie vaginale faite le 6 Juillet 1886, il dit : « Je n'hésitai pas à *lier* le pédicule de » l'ovaire, la base de chacun des ligaments larges, à » les attirer entre les lèvres de la plaie et à suturer » le tout comme à l'ordinaire. »

C'est donc bien à M. Richelot que revient tout l'honneur d'avoir appliqué *systématiquement et dans tous*

les cas la forcipressure à demeure dans l'hystérectomie vaginale.

Mais ce procédé d'hémostase définitive, bien qu'adopté par beaucoup de chirurgiens, ne devait pas être accepté par tous, et c'est surtout au Congrès de chirurgie de 1888 qu'il a été discuté. Attaqué par MM. Demons et Pozzi, il a été défendu par son auteur.

Nous allons voir les reproches qui lui ont été adressés et ce qu'il faut en retenir.

M. Demons formule ces objections à peu près en ces termes.

1° Les pinces ne sont pas toujours faciles à appliquer, je veux dire à appliquer où on veut et l'hémostase n'est pas assurée.

2° Ou bien on se trouve exposé à saisir des organes voisins qu'il importe de ne pas léser ; l'uretère a été intéressée par la pince à forcipressure entre les mains de M. Richelot lui-même, de M. Bœckel, de MM. Lannelongue et Demons, de Bordeaux, la paroi antérieure du rectum a été blessée par un chirurgien de Rochefort.

3° Plus d'une fois les deux pinces n'ont pas suffi à réprimer toute hémorrhagie, il a fallu en ajouter plusieurs autres. Et alors le vagin s'est trouvé rempli pendant 36 ou 48 heures par une collection de longs instruments pendant en dehors de la vulve, d'où une gêne des plus pénibles pour la malade.

4° Enfin la portion des ligaments larges serrés par

les pinces se mortifie ; elle s'élimine plus ou moins lentement. Pendant tout ce temps, un état fébrile persiste, modéré, il faut le reconnaître. La cicatrisation en est d'autant retardée.

Dans la même séance, M. Pozzi, qui a adopté, à peu de chose près, le manuel opératoire de Martin, de Berlin, reprit les arguments apportés par M. Demons et fit, lui aussi, le procès des pinces à demeure dans l'hystérectomie vaginale. « C'est à tort, dit-il, qu'on » en a généralisé l'emploi et que l'on a transformé en » règle un expédient. »

1° Difficulté du placement des pinces au hasard, au fond de la cavité pelvienne, d'où hémostase incomplète.

2° Danger d'accrocher la vessie et de la crever, ou de pincer l'uretère ou d'amener par compression le sphacèle du rectum.

3° Encombrement du vagin par les pinces, d'où difficulté de faire une exacte antisepsie, et gêne pour la malade.

En terminant, M. Pozzi apporte un nouvel argument à la question. « Enfin, je terminerai par un » reproche qui n'est pas, à mes yeux, le moindre. » Par la hardiesse excessive qu'a provoquée un moyen » d'hémostase présumé facile, qui semble mettre l'hys- » térectomie vaginale à la portée de tous les prati- » ciens, la forcipressure a démesurément multiplié le » nombre des opérateurs non qualifiés et des opéra- » tions injustifiées? »

M. Richelot prit alors la parole et réfuta, avec son talent habituel, toutes ces critiques à l'adresse de sa méthode.

1° « M. Demons a dit que le placement des pinces » est très-difficile quand l'utérus ne descend pas ; mais » alors l'application des ligatures est encore bien plus » ardue, voire même impossible, et ses résultats beau- » coup moins sûrs. »

D'ailleurs, nous savons que la ligature n'est pas infaillible, elle n'a pas empêché l'hémorrhagie dans les cas de MM. Terrier et Richelot, publiés en 1885. Et Martin, dans son Traité de clinique des maladies des femmes, dit (page 450) : Dans d'autres cas, cependant, l'hémorrhagie peut devenir très abondante, alors même qu'on a fait précéder l'extirpation des ligatures appropriées.

Il est évident qu'on ne sera à l'abri de l'hémorrhagie que si les pinces sont bien placées et si elles sont bonnes, c'est-à-dire restent bien fermées. Mais les mêmes conditions sont exigibles des ligatures ; elles doivent prendre tous les vaisseaux et ne pas céder. Si d'un côté on est à la merci d'une pince qui peut s'ouvrir, de l'autre on est obligé de se fier à un fil qui peut se desserrer ou casser.

2° « M. Demons admet que l'usage des pinces » expose à la blessure de l'uretère. Je connais » d'ailleurs une opération non publiée dans laquelle » l'uretère a été pris dans une ligature. » Mais suffit-il de reconnaître qu'une faute est possible avec

un procédé pour condamner ce procédé ? La ligature le serait alors au même titre que les pinces. M. Pozzi avoue, dans son Traité de Gynécologie, page 406, que « l'uretère a été parfois blessé par le bistouri ou par » une ligature ». Et alors, que deviendrait l'hystérectomie vaginale elle-même ? Cette possibilité de blesser l'uretère avec le bistouri est aussi un argument dans la bouche des adversaires de l'hystérectomie vaginale.

La pression des pinces peut amener le sphacèle de la vessie ou du rectum. Mais la ligature met-elle à l'abri de de cet accident ? Martin, dans son traité, dit : « Dans trois » cas où l'urine trouvée dans la vessie aussitôt après l'opé- » ration était claire autant que chez les autres, il se pro- » duisit, dans le courant du premier mois, une fistule » urinaire. » Ne doit-on pas, dans les cas de ce genre, incriminer surtout la minceur des tissus qui séparent la cavité vésicale de la plaie vaginale et non la pression exercée par les pinces ?

L'argument tiré de la difficulté de faire une exacte antiseptie a-t-il une grande valeur ? Nous ne le croyons pas. Il est au moins aussi facile de placer des pinces aseptiques que des fils exactement propres. Et puis les manœuvres longues et laborieuses auxquelles on est obligé de se livrer pour passer les fils, l'introduction réitérée du doigt et des aiguilles diverses ne sont-elles pas des agents de contamination du péritoine plus puissants que les pinces ?

Enfin le dernier argument de M. Pozzi contre les pinces « qui semblent mettre l'hystérectomie à la portée de tous

les praticiens » est plutôt un éloge de la méthode. Evidemment, si les pinces étaient coupables de tous les méfaits qu'on leur reproche, cet argument aurait une réelle valeur. Mais nous croyons avoir démontré qu'il n'en est pas ainsi. Et le plus grand éloge qu'on puisse faire d'un procédé est précisément celui-là, de vulgariser une opération et de la mettre à la portée de tous les praticiens.

Les pinces à demeure n'ont donc pas les inconvénients qu'on leur a reprochés. Un seul a une certaine valeur ; la gène pour les malades pendant les deux premiers jours qui suivent l'opération et la douleur que provoque l'ablation des pinces après ce temps. Encore ne faut-il pas exagérer et cette gène et ces douleurs. Si les pinces sont bien maintenues par un tampon d'ouate et un bandage bien placés, la gène est très faible, surtout si on a soin de maintenir, pendant ce temps, les jambes de la malade soulevées à l'aide d'un oreiller passé sous les jarrets. Quant à l'ablation des pinces et à la douleur qui en résulte nous croyons qu'il ne faut pas la considérer comme « une véritable opération en petit qui provoque un ébranlement nerveux très pénible. » Et d'ailleurs Martin conseille d'enlever les sutures, ce qui est au moins aussi pénible pour la malade.

Ces inconvénients ne sont-ils pas compensés par des avantages réels ? La durée de l'opération est très abrégée, ce qui a de l'importance, ne serait-ce que pour le chloroforme. La durée de l'opération pour Martin est de 20 minutes à 2 heures, dit-il. Avec les

pinces elle est beaucoup moindre et souvent nous avons vu M. Richelot la terminer en 15 minutes, en 10 et même moins.

Les pinces jouent aussi le rôle de drain pendant les 48 premières heures et remplacent le tube en caoutchouc que laisse Martin dans le cul de sac de Douglas, la mèche iodoformée qu'y laisse M. Pozzi.

Enfin, et cela de l'aveu même des adversaires de la méthode, ce procédé « est souvent d'une application aisée, rapide, sûre ; il réussit où la ligature échouerait à coup sûr. » dit M. Demons.

TECHNIQUE

L'historique que nous venons de faire de l'hystérectomie vaginale montre qu'au point de vue du manuel opératoire, le seul qui nous occupe actuellement, il existe deux grandes méthodes : l'ablation totale de l'utérus et son ablation par fragments.

Quand nous mettons en parallèle l'hystérectomie totale et l'hystérectomie par morcellement, nous ne voulons pas dire que dans le second cas on n'enlève pas l'utérus dans sa totalité. Mais ici le mot manque pour exprimer la chose. Par hystérectomie totale, nous entendons l'opération dans laquelle l'utérus est enlevé d'un bloc, en une seule pièce. C'est l'opération réservée aux cas où la matrice, n'ayant pas contracté des adhérences avec les autres organes du petit bassin ou n'étant retenue que par des adhérences qu'on peut facilement détruire, se laisse abaisser, peut basculer dans le vagin et traverser facilement ce conduit. C'est le cas de l'hystérectomie vaginale faite pour le cancer, pour les vieilles métrites chroniques ayant résisté aux autres traitements, pour les rétrodéviations très douloureuses et non réductibles par un autre procédé.

Par hystérectomie, par morcellement, au contraire nous entendons l'ablation de la matrice par fragments. C'est le cas de l'hystérectomie vaginale de Péan ou plutôt de Segond. Et là nous n'avons nullement l'intention de dépouiller M. Péan au profit de M. Segond. Mais, tandis que M. Péan, au moins dans le principe, réserve son opération au cas « extrêmement grave où le pus a fusé loin » des ligaments larges dans le tissu cellulaire du bassin » ou s'est fait jour dans l'un des viscères pelviens, » M. Segond a élargi les indications. Il propose l'hystérectomie dans tous les cas où il existe « des lésions bilatérales des annexes amenant la perte des fonctions de ces organes. »

Nous allons successivement étudier ces deux opérations qui diffèrent autant par leurs indications que par leur technique opératoire.

C'est à propos de cette opération et seulement pour elle qu'ont eu lieu les discussions que nous avons rappelées brièvement sur les moyens d'hémostase. Tandis que Martin, en Allemagne, et M. Pozzi, en France, qui a adopté le manuel opératoire du chirurgien de Berlin, emploient les ligatures, notre cher maître, M. Richelot, suivi en cela par la majorité des chirurgiens, n'emploie que les pinces à demeure.

Nous exposerons donc le procédé de Martin, tel que M. Pozzi l'a décrit dans son *Traité de Gynécologie ;* puis le procédé que nous avons vu employer par M. Richelot et que nous avons employé nous-même sous ses yeux, quand nous avions l'honneur d'être son interne à l'hôpital Tenon.

Procédé de Martin.

Nous passons sur les soins préliminaires et les préparatifs sur lesquels nous insisterons plus loin.

La malade, endormie, est mise dans la position dorso-sacrée, et un aide, placé de chaque côté, maintient la cuisse fléchie sous un de ses bras, tandis que l'autre demeure entièrement libre pour prêter assistance. La fourchette est déprimée avec une valve, les parties latérales éloignées avec des écarteurs. Le col est saisi avec des pinces de Museux ou d'autres pinces à préhension, et l'irrigation continue est commencée doucement sur le champ opératoire.

1er Temps. — Ouverture du cul-de-sac de Douglas et suture vagino-péritonéale. — Le chirurgien fait alors porter le col fortement en avant, de manière à tendre le cul-de-sac postérieur qu'il incise dans toute sa largeur jusqu'au péritoine.

L'index de la main gauche est insinué dans cette boutonnière, et, avec une aiguille très courbe, on place une série de plans de suture tout le long de l'incision vaginale, en comprenant toute l'épaisseur des tissus jusqu'au péritoine inclusivement. En procédant ainsi, on obtient une hémostase parfaite du côté des vaisseaux vaginaux qui sont souvent une cause de suintement persistant et, par là, inquiétant ; de plus, on ferme les interstices cellulaires et l'on empêche les décollements de se produire dans les manœuvres ultérieures

Il peut arriver que l'insertion du vagin se fasse en arrière, sur le col, à une très grande hauteur, ou que le cul-de-sac de Douglas soit en partie comblé par des adhérences. On doit alors poursuivre assez longtemps la dissection et il peut être utile de mettre deux plans superposés de suture.

2e *Temps. — Suture hémostatique du plancher pelvien.* — On change d'aiguille pour en prendre une plus longue, plus forte et moins surbaissée (des aiguilles de Deschamps pointues sont ce qui convient le mieux pour ce temps spécial). Avec elle on place, de chaque côté de la boutonnière, deux grands points de suture prenant en masse la partie postérieure des culs-de-sac latéraux du vagin et allant profondément saisir, à la base des ligaments larges, les branches inférieures de l'artère utérine, sinon le tronc même de ce vaisseau. Pour cette manœuvre, il faut placer l'index dans un des angles de la boutonnière et fortement déprimer en avant la base du ligament large, que l'on porte, pour ainsi dire, au devant du point de suture.

L'aiguille entre à deux centimètres de distance de l'angle de la plaie et dès que l'index sent sa pointe, on va à sa recherche avec le porte-aiguille ; on l'attire et on la fait ressortir à 1 centimètre de son point d'entrée, de manière à étreindre à peu près 1 centimètre du cul-de-sac latéral du vagin. On doit se servir de soie très forte pour cette ligature et serrer beaucoup. On passe ensuite un ou deux points de suture de chaque côté, en avant du premier et

plus près du col, de cette façon, tous les vaisseaux se trouvent oblitérés du côté du vagin avant qu'on ait terminé les premiers temps opératoires. On n'a pas à redouter l'urèthre qui est situé plus en avant, et qui, du reste, est très remonté grâce à la forte traction exercée sur le col utérin par l'abaissement.

3e Temps. — Circoncision complète du vagin, décollement de la vessie. — Le col de l'utérus est maintenu porté en arrière, de façon à tendre le cul-de-sac antérieur. On complète l'incision autour du vagin; il faut avoir grand soin de se tenir, en avant, aussi près que possible du col; on s'exposerait sans cela à blesser l'uretère; le tranchant du bistouri doit, pour la même raison, être toujours plus ou moins obliquement dirigé vers le col. Dès que l'incision du vagin est terminée, on abandonne le bistouri et c'est avec le doigt qu'on procède au décollement de la vessie; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on peut employer les ciseaux. Il faut se souvenir que l'étendue et la résistance de ces adhérences sont assez variables selon les sujets. Au bout d'un court trajet, le doigt sent un manque de résistance qui indique qu'on est arrivé aux limites des attaches de la vessie; on peut parfois apercevoir le cul-de-sac péritonéal et le reconnaître à son aspect bleuâtre. On ne doit pas aller plus loin avant d'avoir, par des points de suture placés sur cette nouvelle boutonnière, arrêté l'hémorrhagie très-médiocre qui peut alors se produire.

4e Temps. — Renversement de l'utérus en arrière, ligatures des ligaments larges. — Le col de l'utérus est bien dégagé jusqu'à sa limite supérieure. On l'attire alors en avant, on déprime la partie postérieure de la plaie avec une valve ou un écarteur, et, à l'aide d'une pince de Museux courbe, on saisit en arrière le fond de l'utérus, qu'on fait basculer dans la plaie; la pince qui tenait le col auparavant est enlevée.

Dès que l'utérus est renversé, la partie supérieure des ligaments larges pourvue de ses ailerons, se trouve en bas, et la base de ces ligaments en haut. On en fera la ligature en trois paquets, sans qu'il soit besoin d'entrecroiser les fils pour une suture en chaîne. On fait d'abord cette suture et cette section à gauche. Avant de détacher entièrement l'utérus, on place un point de suture réunissant le dernier paquet de ligament large lié à la commissure de la plaie vaginale, on procède ensuite de la même manière du côté droit et on termine en sectionnant les derniers liens qui retiennent l'utérus, en particulier le cul de sac antérieur du péritoine. On fait alors avec de petits tampons de coton une toilette exacte de la plaie.

Un point de suture placé à chaque commissure de la plaie vaginale la rétrécit suffisamment sans la fermer. Une mèche de gaze iodoformée est placée dans le cul de sac de Douglas.

Modifications de la technique

Avant de décrire le procédé suivi par M. Richelot et sa technique, technique qui est celle que nous recommandons, nous croyons qu'il est utile d'indiquer

quelques modifications apportées par divers auteurs.

Fritsch va tout d'abord à la recherche des artères utérines, les incise et place une ligature sur chacune d'elles. Il décolle ensuite la vessie puis revient en arrière et ouvre le cul-de-sac de Douglas. Il place une ligature provisoire sur le col pour éviter l'hémorrhagie qui pourrait venir de l'ulcération.

Schatz, au contraire, réserve le décollement de la vessie pour la fin.

Sänger, pour éviter l'hémorrhagie, conseille de faire l'incision des culs-de-sac du vagin au thermocautère.

Dans les cas d'étroitesse du vagin gênant les manœuvres, on a conseillé soit la dilatation, soit des incisions variées.

M. Terrier dit dans une observation : « Je dilatai » la vulve, ce qui ne fut pas facile, les tissus étant » fort résistants et la malade n'ayant pas eu d'enfants. » Cette étroitesse de la vulve accrut beaucoup les diffi- » cultés de l'opération. »

On a imaginé des incisions variées : Récamier et Roux incisent le périnée ; Langenbeck, Banner, Lizars, pour favoriser le mouvement de bascule de l'utérus, divisent toute la hauteur du périnée, de la fourchette vulvaire à l'anus.

D'autres auteurs ont proposé des incisions latérales.

Pour abaisser l'utérus qui peut se déchirer sous l'effort des pinces de Museux, on a imaginé divers instruments.

Brennecke préconise un instrument qu'on introduit désarmé dans le col puis dont on fait saillir des griffes qui s'implantent dans le tissu utérin par la face interne du col.

Coudereau a inventé son indoceps.

Le renversement de l'utérus est fait, suivant les auteurs, tantôt en avant tantôt en arrière.

Czerny, Fritsch, Demons conseillent la culbute en avant, culbute favorisée par l'antéversion normale de l'utérus.

Martin et Schrœder préconisent le renversement en arrière.

Pour favoriser cette culbute, Martin se sert dans certains cas d'un mandrin qu'il introduit dans la cavite utérine. Notre maître, M. Quénu, a préconisé un crochet de son invention, à doubles branches cachées et à développement.

Enfin, certains auteurs, craignant d'infecter le péritoine en opérant cette culbute de l'utérus qui porte le col, soit en avant, soit en arrière, vers le péritoine. se contentent d'un abaissement forcé. Telle est la conduite de Billroth, Léopold, Olshausen, etc., etc.

Mais c'est surtout pour assurer l'hémostase que les procédés sont nombreux.

Olshausen fait la ligature élastique et définitive des ligaments larges.

Hégar et Kaltenbach préconisent aussi la ligature élastique et en masse des ligaments larges, mais à

titre provisoire. Ils la remplacent, dès que l'utérus est enlevé, par des ligatures partielles à la soie.

Jennings fait aussi une ligature provisoire en masse, mais avec un fil de soie, et ensuite il met, soit des pinces, soit des ligatures partielles.

Demons fait ses ligatures au catgut.

Coudereau avait proposé théoriquement les ligatures métalliques que Schrœder et Olshausen ont employées puis abandonnées.

Pour l'hémostase à l'aide des pinces à demeure, plusieurs modèles ont été proposés ; pinces longues de Spencer Wells, pinces courbées sur le champ, pinces démontables de Doléris, pinces clamp de Polk, pinces élastiques cintrées de Doyen, etc., etc.

Enfin Müller, considérant que « l'ouverture du » cul de sac antérieur est souvent malaisée si on » veut éviter de léser les parties voisines, le renver- » sement de l'utérus souvent très difficile, que la plus » grande difficulté gît dans la ligature et la section du » premier ligament », proposa une *Modification de l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale.*

« L'expérience a montré à tous les opérateurs que la ligature du deuxième ligament large est toujours aisée et sans danger, parce qu'alors, l'utérus libéré de sa première attache peut être attiré à l'orifice des organes génitaux externes et que le deuxième ligament est facilement accessible. On peut fendre verticalement l'utérus en deux moitiés symétriques après l'avoir renversé ou simplement attiré en bas. Cela fait, on peut attirer chaque moitié de l'utérus avec son ligament et lier ce dernier aussi facilement qu'on liait autrefois le second ligament.

On ne pourrait objecter à ce procédé que l'hémorrhagie résultant de la plaie utérine au moment où on fend la matrice. Mais

cette hémorrhagie ne peut avoir d'importance parce que, grâce à la disposition anatomique des vaisseaux de l'utérus, on ne peut rencontrer aucun vaisseau volumineux dans le champ de la section.... En outre la section peut être faite assez rapidement pour que l'hémorrhagie ne dure pas. Enfin les moitiés sectionnées pourraient être comprimées à la main, ou bien on pourrait s'en servir pour opérer l'extension ou la torsion des ligaments larges, ce qui diminuerait sûrement l'hémorrhagie jusqu'au moment de la pose des ligatures. »

Si nous nous sommes étendu aussi longuement sur le procédé de Müller, c'est parce que notre excellent maître M. Quénu a proposé, lui aussi, la section médiane de l'utérus dans l'hystérectomie vaginale, mais par morcellement. Et nous verrons plus tard en quoi il diffère de Müller.

Il est encore un point sur lequel les avis sont partagés. Comment doit-on traiter la plaie résultant de l'ablation de l'utérus? Doit-on la suturer, doit-on la drainer?

En Allemagne la plupart des chirurgiens ont une tendance à suturer complètement la plaie péritonéo-vaginale. Kaltenbach, Mikulicz, Tauffer, von Teuffel, Schede font cette suture.

C'est aussi l'habitude de M. Péan qui a vu assez souvent l'intestin et le péritoine sortir par la plaie et ferme toujours l'ouverture du vagin au moyen de 10 ou 20 points de suture avec fil métallique qu'il passe avec son chasse-fil. Chaque point de suture traverse les deux moignons des ligaments larges et les deux bords de l'incision vaginale qui sont rapprochés dans le sens vertical. Ces points de suture, outre qu'ils ferment

complètement la cavité péritonéale, ont encore l'avantage d'assurer l'hémostase du côté des artères et des veines vaginales. (Thèse de Gomet, 1886).

Mais beaucoup de chirurgiens laissent la plaie ouverte et drainent le péritoine. Martin emploie un tube de caoutchouc en croix qu'il laisse pendant 3 ou 4 jours.

En Angleterre, on se sert de tubes de verre.

En France, certains opérateurs ont employé deux gros drains accolés. M. Pozzi met dans le cul de sac de Douglas une mèche de gaze iodoformée.

Actuellement, presque tous les chirurgiens ayant adopté le procédé des pinces à demeure, les tubes sont devenus inutiles. Le drainage est assuré pendant les 48 premières heures, celles pendant lesquelles il se fait toujours un léger écoulement séro-sanguin, qu'il importe d'évacuer, par les pinces. Quand on enlève les pinces, la plaie vaginale est déjà considérablement rétrécie et des adhérences péritonéales commencent à isoler le vagin de la cavité abdominale.

Procédé de M. Richelot

Soins préliminaires. — 48 heures avant l'opération, la malade prend un grand bain savonneux, on lui recommande de nettoyer avec un soin particulier la partie supérieure des cuisses, la vulve, le bas-ventre et les fesses.

Après le bain on lui donne une injection vaginale de 1 litre de sublimé au 1/1000e, puis on lui met un tampon d'ouate aseptique saupoudré d'iodoforme. Les injections et les tampons sont renouvelés toutes les 12 heures.

La veille de l'opération la malade prend une purgation. On a conseillé de faire prendre aux malades des lavements à l'eau boriquée, mais nous croyons cette précaution superflue. Combien précaire en effet est l'antisepsie de l'intestin? Aussi nous considérons qu'il est inutile de tourmenter la malade et de lui faire prendre des poudres et des préparations antiseptiques. Moins on changera le régime habituel des malades, moins on frappera leur moral par des préparatifs longs et difficiles, mieux cela vaudra.

Le matin de l'opération, on administre à la patiente un grand lavement destiné à débarrasser le rectum des matières qu'il contient. Puis on lui enveloppe les jambes et les cuisses avec de l'ouate maintenue avec quelques tours de bande de flanelle. Il faut que toute l'ouate soit recouverte par la flanelle et modérément serrée,

car la malade gardera ses bottes ouatées pendant deux ou trois jours.

La malade est alors apportée sur la table à opération. M. Richelot se sert d'une table solide, assez haute pour que le siège de la malade, quand elle est couchée, arrive à la hauteur de la poitrine du chirurgien assis en face, entre ses jambes. Cette table est garnie d'un matelas mince en toile imperméable recouvert à l'extrémité d'un grand morceau de toile imperméable dont l'extrémité pendante au bout de la table tombe dans un seau destiné à recevoir les liquides qui serviront au lavage et le sang qui coulera, en petite quantité, il est vrai.

Des alèzes chaudes ou une petite couverture de laine recouvrent le tronc de la malade qui est chloroformée. Il est même préférable, quand on le peut, d'endormir la malade dans une pièce voisine de la salle d'opération.

Pour réduire autant que possible le nombre des aides et pour ménager leurs forces, les jambes de l'opérée sont fixées dans des croissants supportés par une tige métallique bicoudée, fixée à l'aide d'un étau sur le bout de la table. De cette façon les jambes sont maintenues écartées et en même temps élevées au-dessus du plan du lit, ce qui laisse plus de place à l'opérateur et aux aides.

Le pubis et la vulve sont alors rasés, savonnés et brossés, la cavité vaginale est elle-même lavée au savon. Vulve, partie supérieure des cuisses, fesses et bas-ventre sont lavés à l'alcool et au sublimé. Une grande irrigation vaginale au sublimé est pratiquée et

la vessie vidée par le cathétérisme. Le champ opératoire est garni de compresses aseptiques.

Le chirurgien est assis au bout de la table, en face du siège de la malade ; les deux aides sont assis de chaque côté de l'opérateur. A la droite du chirurgien se tient l'aide chargé de passer les instruments et les éponges montées.

Il est bien entendu que tout ce qui va toucher maintenant la région opératoire : instruments, éponges, mains du chirurgien et de ses aides, tout doit être aseptique.

1er Temps. — Abaissement de l'utérus. — Le chirurgien, avec l'index de la main gauche, va à la recherche du col ; sur son doigt il glisse une pince de Museux et saisit la lèvre antérieure du col, puis il tire doucement sur la pince et amène l'orifice utérin au niveau de la vulve ou très peu en arrière. Il vaut alors mieux placer sur le col, sur sa lèvre postérieure, une deuxième pince de Museux au cas où la première viendrait à lâcher prise. L'opérateur s'assure que l'utérus et bien maintenu. Il prend alors les deux pinces à traction dans la main gauche et maintient la matrice abaissée, sans tirer outre mesure, mais assez énergiquement cependant. Une valve large et courte est alors placée en arrière pour déprimer la fourchette et confiée à un aide.

2e Temps.— Incision du vagin.— Les grandes lèvres et la fourchette étant écartées, le chirurgien, qui tient de la main gauche les pinces à traction, porte le bistouri

sur le cul-de-sac antérieur du vagin. Il incise ce cul-de-sac en commençant par sa partie droite, contourne le col à gauche, passe à sa partie postérieure, puis vient rejoindre son incision en détachant le cul-de-sac latéral droit. (Ne pas oublier que la malade est dans la position de la taille et que son côté droit répond au côté gauche du chirurgien et réciproquement). Pendant ce temps, le col est attiré en bas, puis à gauche, en haut et enfin à droite ; la valve suit un mouvement en sens inverse pour arriver au même résultat. Le bistouri est maintenu perpendiculaire à la surface du col utérin et doit détacher du premier coup les insertions du vagin sur le col. Si la libération n'était pas complète, il faudrait repasser dans la même incision pour l'achever. Cette section se fait en général avec une perte de sang insignifiante. Cependant, parfois, deux petites artères, placées latéralement sur la face antérieure du col, donnent un petit jet ; deux pinces hémostatiques ordinaires ont vite raison de ce petit écoulement hématique.

3e Temps. — Recherche et ouverture du péritoine. — A partir de ce moment, le bistouri est abandonné et c'est seulement avec les doigts, ou en se servant de ciseaux, plutôt pour déchirer que pour couper, que le col est isolé. Avec l'index droit, la main gauche tenant les pinces de Museux, le chirurgien gratte le col utérin en repoussant devant lui les tissus. Il décolle successivement la vessie et le rectum et arrive sur les culs de sac antérieur et postérieur du péritoine.

Dans cette manœuvre, la pointe de l'ongle ou le bec des ciseaux courbes doivent toujours agir sur le col utérin, le gratter et repousser devant eux un bourrelet de tissu cellulaire péri-utérin sous peine d'intéresser la vessie ou le rectum.

Quand le dégagement a été poussé assez loin, on voit en avant et en arrière le péritoine qu'on reconnaît facilement à sa teinte blanche, un peu bleuâtre. Un coup de ciseaux ouvre le cul de sac postérieur et cette incision est agrandie avec les doigts.

4e Temps. — Bascule de l'utérus. — Un doigt est introduit par l'ouverture du cul de sac postérieur du péritoine, il explore la face postérieure et le fond de l'organe en libérant, sur les côtés, les ligaments larges. Le col est alors fortement porté en avant, et le fond de l'utérus accroché par le doigt qui est dans le péritoine, est tiré en bas et en arrière de façon à le faire sortir par l'incision du cul de sac postérieur. Dans cette manœuvre, on peut se servir d'un crochet et d'une pince érigne qui permettent de faire opérer à l'utérus son mouvement de bascule en prenant un point d'appui sur sa face postérieure. Par ce mouvement de bascule, les ligaments larges sont repliés sur eux-mêmes, leur bord inférieur regarde en haut et en avant, le supérieur en bas et en arrière. Le cul de sac antérieur du péritoine, qui avait été respecté, est tendu, et on peut le couper en toute sécurité sur l'extrémité de l'index gauche introduit par le cul de sac postérieur.

5e Temps. — Hémostase et section des ligaments larges. — Rien n'est plus facile alors que de placer de haut en bas, une pince-longuette de 6 centimètres de mors environ, sur le ligament large gauche. Cela se fait à ciel ouvert, sous l'œil de l'opérateur. On est sûr d'avoir embrassé le ligament large dans toute sa hauteur puisqu'on voit ressortir les extrémités des mors de la pince dans l'incision du cul-de-sac postérieur du vagin. On serre la pince fortement et un coup de ciseaux entre la pince et l'utérus libère l'organe. La section des ligaments larges doit avoir lieu assez loin de la pince pour que les tissus serrés entre ses mors fassent un bourrelet qui l'empêche de glisser.

L'utérus ne tient plus que par son ligament large droit. Placer une pince-longuette sur ce ligament et le couper n'offre plus ni difficulté ni danger.

6e Temps.—Hémostase complémentaire et pansement.—Avant de faire le pansement, il faut toujours s'assurer que l'hémostase est complète, il faut faire une révision soignée de toute la surface de section du vagin. Parfois quelques vaisseaux donnent sur la tranche postérieure du vagin ou dans le tissu cellulaire prérectal. M. Richelot place alors deux, trois ou quatre petites pinces hémostatiques dont un des mors est appliqué sur le péritoine et l'autre sur la muqueuse vaginale, faisant ce qu'il appelle « l'ourlet péritonéal ».

Puis, après avoir vérifié à nouveau la tranche des ligaments larges et épongé le fond du petit bassin, on remplit le vagin, modérément bourré, de tampons d'ouate

iodoformée. Il faut veiller, en mettant les tampons, à isoler les pinces des parois du vagin ; leur compression pourrait amener de petites eschares superficielles et sans gravité, il est vrai, mais douloureuses.

La malade est sondée à nouveau, une couche d'ouate aseptique est mise sur la vulve et les pinces. L'opérée est placée dans son lit, les jambes repliées et maintenues élevées sur un gros coussin (un oreiller roulé par exemple) placé sous les jarrets.

Soins consécutifs. — Le jour de l'opération, la malade ne prendra aucune nourriture pour ne pas réveiller les vomissements si fréquents après l'administration du chloroforme. On lui donnera seulement un peu de champagne frappé, du grog froid ou de la glace à sucer par petits morceaux. Si elle a un peu d'agitation et si elle souffre, on lui fera une piqûre de morphine. Ce régime sera continué le lendemain. S'il se produit un petit écoulement de sang, on se contente d'enlever la couche d'ouate qui recouvre la vulve, on fait un lavage de la région avec du sublimé et on applique une nouvelle couche d'ouate.

Au bout de 48 heures on enlève les pinces. Cette petite opération, qui est parfois un peu douloureuse, doit être faite avec beaucoup de douceur. On ouvre la pince et avec de petits mouvements de rotation à droite et à gauche on la décolle d'avec le tamponnement vaginal. Lorsque toutes les pinces sont enlevées, on lave la vulve avec la solution de sublimé, on comble

l'espace laissé libre par l'ablation des pinces avec un tampon iodoformé et on recouvre la vulve avec une feuille d'ouate aseptique.

Alors on peut commencer à alimenter la malade avec des liquides.

Certaines opérées, pendant ces premiers jours, ne peuvent pas uriner spontanément ; on les sondera matin et soir ou plus souvent si elles le réclament. Il est rare qu'on soit obligé de continuer après l'ablation des pinces.

Un phénomène parfois très douloureux est la rétention des gaz. Outre la compression exercée sur le rectum par le tamponnement vaginal, il y a une espèce d'atonie de l'intestin qu'on voit survenir souvent après les opérations pratiquées sur la séreuse péritonéale. On devra, dans ces cas, mettre la sonde rectale. Un moyen qui réussit bien aussi est le lavement de champagne ou d'eau de Seltz.

Ce n'est, généralement, que le sixième ou le septième jour que M. Richelot enlève le premier pansement. A ce moment, le péritoine a contracté des adhérences et la plaie vaginale est considérablement réduite. L'ablation des tampons est suivie d'une irrigation vaginale au sublimé. Mais il faut la faire avec une très faible pression, pour ne pas faire pénétrer le liquide dans la cavité du péritoine.

A partir de ce moment, on fait tous les matins une irrigation vaginale au sublimé et on met un tampon d'ouate iodoformée.

On a proposé le salol, et nous avons vu notre maître, M. Richelot, l'employer dans quelques cas où l'iodoforme était mal toléré. Mais alors il faut changer les tampons avant le septième jour, parce qu'ils prennent une odeur nauséabonde beaucoup plus désagréable que celle de l'iodoforme. Sitôt le tamponnement vaginal enlevé, il est bon de purger la malade. Parfois même, on sera amené à le faire plus tôt. Mais en général, il vaut mieux ne pas provoquer d'efforts de défécation qui fait sortir les tampons du vagin.

Au bout de trois semaines, on permet à la malade de se lever. Elle n'a plus alors qu'à prendre, matin et soir, une injection vaginale avec du sublimé à 1/2000. La plaie vaginale, qui cicatrise plus ou moins vite, est en général tout à fait fermée au bout de quatre ou cinq semaines.

Nous allons revenir maintenant sur les divers temps opératoires, indiquer quels sont les accidents qu'ils peuvent présenter et les moyens de les éviter.

1° L'abaissement de l'utérus doit toujours se faire puisque nous n'avons en vue ici que les cas où la matrice est mobile. Cependant, dans les ablations de cancer du col, les fongosités peuvent se déchirer et par suite on n'a plus de prise pour abaisser l'utérus. Il faut alors, avec la cuillère tranchante, abraser toutes les parties ramollies et arriver jusqu'au point où l'utérus n'est plus friable. En outre, ce ràclage a l'avantage de débarrasser d'une surface infectée qu'il

est toujours utile d'enlever pour éviter les greffes secondaires sur les bords de la plaie.

2° L'incision du vagin doit être faite au point où la muqueuse vaginale se fléchit sur le col. Dans les cas d'épithélioma du col, il faut toujours se tenir assez loin du mal sans cependant reporter son incision trop haut sur le col pour éviter la vessie, les uretères et le rectum. Dans ce temps, le bistouri doit être maintenu perpendiculairement sur le col, il doit toujours agir dans ce sens sous peine de voir sa pointe glisser sur les faces de la matrice et d'aller blesser des organes du petit bassin.

3° Pour aller à la recherche du péritoine, on doit agir avec les plus grandes précautions. Il faut toujours se tenir le plus près possible du tissu utérin et abandonner le bistouri. Le doigt suffit en général largement pour cette manœuvre ; il repousse devant lui tous les tissus péri-utérins, n'agit que par l'intermédiaire d'un bourrelet constitué par les parties déjà décollées. Si le doigt ne suffisait pas, quelques coups de ciseaux courbes dont la concavité doit toujours être tournée du côté du col, rendent de grands services. Ce n'est que de l'extrémité que ces ciseaux, à pointe mousse, devront agir, et ne couper que sur le col au risque d'entamer la couche la plus superficielle du tissu utérin. Il vaut mieux enlever quelques fibres utérines que de risquer d'intéresser la vessie ou le rectum.

Cependant ces organes ont été parfois lésés, et

cela par les opérateurs les plus habiles. M. Pozzi a coupé un uretère dans la 3e opération qu'il publia dans les Annales de Gynécologie de 1888. Gilette ouvrit la vessie (Thèse de Gomet, observation XVI). Quelle conduite faut-il tenir quand la vessie ou le rectum sont ouverts ? La suture immédiate doit être faite. Et cette suture comprendra non seulement la paroi musculeuse, *mais on fera plusieurs plans de suture, le plus possible*, en employant, pour combler la perte de substance, tout ce que l'on trouvera, tous les débris de tissu cellulaire. Plus les plans de suture seront multipliés, plus on aura de chances d'obtenir une guérison immédiate. Si malgré ces précautions on voyait se former une fistule vésicale ou rectale, il faudrait faire patienter le plus possible la malade. La rétraction de la cicatrice suffit souvent à amener la guérison de ces fistules et fait plus que toutes les opérations autoplastiques auxquelles on aura recours d'ailleurs plus tard si la fistule persistait.

4° La bascule de l'utérus, qui simplifie tout l'opération, peut ne pas se faire dans certains cas, et alors, il faut savoir se passer de ce procédé si commode et si sûr. Et là, nous considèrerons, avec M. Richelot, deux cas.

Supposons d'abord que le cas est facile, c'est-à-dire que l'utérus descend volontiers. Après avoir complété, s'il y a lieu, par quelques coups de bistouri à droite et à gauche le dégagement du col, on introduit l'index de la main gauche, en avant de

l'utérus, et on accroche le bord supérieur du ligament large; puis prenant une pince longuette on introduit un mors dans la déchirure postérieure du péritoine et l'autre dans la déchirure antérieure. Le ligament se trouve ainsi embrassé; on pousse de bas en haut, et le doigt placé en crochet indiquera si l'extrémité de la pince a dépassé le bord supérieur de ce ligament. On serre la pince, on coupe au ras de l'utérus. L'utérus, alors libéré d'un côté, se laisse facilement attirer et on place la seconde pince à ciel ouvert.

Si, au contraire l'utérus ne veut pas descendre, le traitement des ligaments larges offre des difficultés. Dans ce cas, les parties latérales du col étant bien dégagées, au lieu d'aller chercher le bord supérieur du ligament, peu accessible, il faut saisir d'abord, avec une pince un peu moins longue et moins puissante, sa moitié inférieure. Cette pince est introduite de la même façon, puis on coupe le long de l'utérus dans toute la hauteur de la pince. L'organe ainsi libéré à droite et à gauche, dans une grande étendue, se laisse attirer avec moins d'efforts, il devient aisé de placer d'autres pinces au niveau de ses cornes.

Ce dernier procédé se rapproche beaucoup de celui qu'on emploie dans l'hystérectomie par morcellement, mais en diffère cependant par ce point essentiel : on enlève l'utérus d'une seule pièce.

5° L'hémostase et la section des ligaments larges est une chose très facile et qui n'expose à aucun accident quand l'utérus a pu basculer. Le placement

des pinces se fait à ciel ouvert, sous l'œil du chirurgien. Dans ce cas-là la blessure, où plutôt le pincement de l'uretère, est impossible. Nous avons dit que le cul-de-sac vésico-utérin n'était ouvert que lorsque l'utérus a effectué son mouvement de bascule ; la vessie est alors loin de l'organe et les deux index introduits dans la boutonnière faite au péritoine, en même temps qu'ils dégagent, en se portant en dehors, la face antérieure de l'utérus, refoulent la vessie en avant, de même que les uretères qui la suivent dans ce mouvement.

Quand, au contraire, la bascule ne peut pas se faire, quand on est obligé d'introduire directement les pinces dans le petit bassin, un mors en avant, l'autre en arrière du ligament large, il faut redoubler d'attention. Mais, si on a la précaution de ne serrer sa pince que quand on a senti l'extrémité des mors avec le doigt placé dans le péritoine, on peut alors la repousser en dehors et refouler ainsi l'uretère en haut et sur les côtés. Du même coup on évitera de pincer entre les mors de l'instrument la paroi de l'intestin qui descend dans le petit bassin et pourrait s'insinuer entre eux.

En un mot, dans ce temps opératoire, le plus difficile, celui qui offre le plus de dangers, on ne doit rien prendre dans la pince sans s'être préalablement assuré qu'on ne pince que le ligament large et tout le ligament large. On ne doit rien faire qu'on ne voit ou qu'on ne sente.

6° L'hémostase complémentaire ne présente aucune

difficulté, on voit ce que l'on prend et on ne prend que ce qu'il faut. Pour le pansement, il faut veiller à isoler autant que possible les pinces des parties voisines et les maintenir éloignées les unes des autres avec les tampons. Sans cette précaution on pourrait voir se produire des eschares qui n'ont pas grand danger lorsqu'elles siègent sur le vagin ou à la vulve, mais qui amèneraient des fistules urinaires ou stercorales si elles intéressaient la vessie ou l'intestin.

Hystérectomie par morcellement

Nous allons étudier maintenant le manuel opératoire de l'hystérectomie par morcellement. Comme nous l'avons vu, cette opération, née d'hier, compte déjà de nombreux adeptes, et les procédés opératoires ont été modifiés par plusieurs chirurgiens.

Mais il faut distinguer dès le début plusieurs cas. Et nous établirons trois catégories différentes : ou bien l'utérus ne peut être enlevé en un seul bloc à cause de son volume, ou bien il ne peut l'être à cause de ses adhérences. Et là, il faut distinguer les utérus mobilisables, ceux dont les adhérences peuvent encore céder, et les utérus fixes, ceux qui font un tout avec les autres organes du petit bassin.

Cependant, pour ne pas multiplier à l'infini les divisions, nous étudierons :

1° L'hystérectomie vaginale faite pour les utérus peu ou pas adhérents, mobiles ou mobilisables ;

2° L'hystérectomie faite pour les utérus complètement adhérents, immobilisables.

1° L'utérus pas ou peu adhérents.

Le type de l'utérus non adhérent, mais nécessitant cependant le morcellement pour son ablation par la voie vaginale est l'utérus fibromateux. C'est par lui que nous allons commencer.

Au congrès international de Bruxelles de 1892, M. Segond disait : « J'ai coutume d'admettre trois » variétés de cas. Dans un premier groupe de faits, » il s'agit de fibromes pelviens et notamment de » fibromes du ligament large qui refoulent l'utérus » vers l'un des points de l'enceinte pelvienne et bom- » bent fortement dans le fond du vagin. C'est donc » au fibrome qu'on doit s'attaquer tout d'abord ; » l'hystérectomie vient ensuite et n'est qu'un temps » complémentaire fort simple. Dans un deuxième » groupe, la masse néoplasique siège au-dessus de » l'utérus qu'elle refoule vers le bas, et les rôles sont » en quelque sorte renversés ; l'hystérectomie est » préliminaire, c'est par elle qu'il faut commencer » pour atteindre les fibromes. Dans un troisième » groupe enfin, et celui-ci répond à la majorité des » cas, le ou les fibromes sont intra-utérins, et par » conséquent le morcellement de l'utérus doit marcher » de pair avec l'hystérectomie ; l'hystérectomie est » en un mot simultanée. »

Lorsque l'évidement porte sur les fibromes eux-mêmes, rien de plus simple. Qu'il s'agisse d'un gros

fibrome à enlever avant ou après l'hystérectomie, peu importe, la manœuvre est toujours la même ; le bistouri ou les ciseaux taillent et dissèquent en plein tissu fibreux sans qu'il s'écoule une goutte de sang ; on fait en somme une simple énucléation.

Il n'en va plus de même lorsque l'évidement porte sur le tissu utérin lui-même. Ici la manœuvre conduit, non plus à l'énucléation pure et simple de masses fibreuses plus ou moins volumineuses, mais bien à l'hystérectomie vaginale proprement dite.

Et alors qu'il s'agisse d'un utérus fibromateux ou d'un utérus faiblement adhérent, la technique est la même. Dans le premier cas on morcellera le ou les fibromes en plus ou moins de fragments, dans le second on ouvrira des poches purulentes ou non ; ce sera la seule différence.

Comme pour l'hystérectomie totale, M. Péan place sa malade dans le décubitus latéral gauche, mais, nous le répétons, la position est indifférente et M. Richelot préfère le décubitus dorso-sacré. Nous allons exposer sa manière de procéder.

Technique de M. Richelot

Nous ne reviendrons pas sur les soins préliminaires, bains, injections, purgation, etc. La malade est chloroformée, la région opératoire aseptisée, les instruments stérilisés. On place la malade sur la table à opération, les jambes fixées dans les supports.

Mais là il faut avoir un appareil instrumental spécial et sans lequel il est impossible de mener à bien l'opération. On doit avoir des valves longues, plates et étroites fixées à angle droit sur un manche solide et tenant bien dans la main des aides. Le bout des valves présentera des angles arrondis et mousses. Un bistouri court de lame, à long manche, et de longs ciseaux droits et courbes seront nécessaires. Enfin il faut avoir des pinces hémostatiques de divers modèles, longues et courtes, ces pinces seront de deux modèles, les unes auront des mors de 3 centimètres, les autres des mors de 6 centimètres environ. Dans le cours de la description nous appellerons les premières pinces longuettes courtes, les secondes pinces longuettes longues.

On doit aussi avoir à sa portée des pinces à traction de divers modèles : pinces de Museux, pinces érignes, pinces à dents longues de Péan. Enfin M. Segond a présenté au Congrès de Bruxelles une pince spéciale qui peut rendre des services. C'est une pince très fine qui n'est dentée que sur l'un de ses mors. L'autre est plat comme une spatule et, par

conséquent, on réussit à l'insinuer le long de la face péritonéale de l'utérus quand les pinces à deux mors dentés ne pourraient pas y pénétrer. Une fois mise en place, elle est trop faible pour servir d'instrument de traction, mais elle permet d'abaisser le bord de la coque utérine accolée contre l'écarteur et donne ainsi le jour nécessaire pour la saisir solidement avec une pince ordinaire.

1er Temps. — Incision du vagin. — Deux écarteurs sont placés, l'un en avant, l'autre en arrière du col et éloignent les parois vaginales. Les aides qui tiennent ces valves doivent effacer leurs mains le plus possible; l'aide de droite (celui placé à la droite de l'opérateur) tient l'écarteur antérieur, celui de gauche, l'écarteur postérieur. Alors le col paraît au fond du vagin. Avec une pince à traction le chirurgien saisit la lèvre antérieure du col. Il exerce une traction modérée, mais assez énergique pour faire descendre l'utérus le plus possible et, en tout cas, l'immobiliser.

Prenant alors le bistouri à long manche, il incise, tout autour du col, la muqueuse vaginale sur une ligne circulaire. La muqueuse doit être incisée dans toute son épaisseur, jusque sur le tissu utérin. Si cette incision amène la section de quelques vaisseaux, et nous connaissons les deux artérioles qui sont fréquemment en avant du col, on place sur eux des pinces hémostatiques ordinaires.

2e Temps. — Dissection du col. — Pour faire cette dissec-

tion, il faut abandonner le bistouri. C'est avec l'ongle et le bec de l'écarteur manœuvré comme une rugine que cette dissection doit être faite. On agit sur les faces antérieure et postérieure du col ; sur les parties latérales on ménage les insertions des ligaments larges. Les écarteurs antérieur et postérieur doivent être appliqués sur le tissu utérin, de façon à maintenir éloignées les pinces qu'on aurait été forcé de placer sur les vaisseaux en avant et en arrière. La seule précaution à prendre, mais capitale, c'est de toujours se tenir le plus près possible du tissu utérin.

Pour faciliter cette dissection, si l'utérus n'est pas encore abaissable, s'il reste haut caché dans le fond du vagin, on peut mettre deux nouvelles valves latérales qui écartent les parois du vagin et permettent d'y voir. En effet, dans tout le cours de l'opération, on ne doit ni couper ni pincer sans qu'on ne l'ait vu et c'est là une règle absolue. Néanmoins ces valves latérales donnent peu de jour et encombrent le vagin, ce n'est que dans des cas très rares que M. Richelot y a recours.

3e Temps. — Hémostase de l'étage inférieur du ligament large. — Le col utérin est dégagé dans toute sa hauteur, ses faces antérieure et postérieure sont libres. Le doigt porté à droite et à gauche, successivement sur les deux faces, libère le bord inférieur du ligament large qu'il dédouble. On reconnaît avec la pulpe de ce doigt les battements de l'artère utérine et, sur lui, on glisse les mors d'une pince longuette courte. On serre la

pince au dernier cran et on s'assure qu'on ne tient bien que le ligament large dédoublé, péritoine à part, en un mot la portion vasculaire de ce ligament.

4e Temps.— Ablation du col.— L'hémostase du segment inférieur de l'utérus étant assurée, d'un coup de ciseaux on sectionne la partie inférieure des ligaments larges. Cette section doit porter sur un peu moins de la hauteur des tissus pris dans les mors des pinces. Si on faisait remonter la section plus haut, on risquerait de voir le vagin se remplir de sang, une branche artérielle n'étant pas saisie par le mors de la pince.

On porte alors les ciseaux sur le col que l'on sectionne transversalement en introduisant une des branches des ciseaux dans le col, l'autre étant sur sa face latérale. On obtient ainsi deux valves, une antérieure et une postérieure. On abat la valve postérieure du col, l'antérieure servant de moyen de traction.

5e Temps. — Ouverture du péritoine. — Se servant alors de la pince placée sur la lèvre antérieure du col, le chirurgien exerce une traction sur le corps utérin. Cette traction fait avancer la face antérieure de l'utérus grâce au vide laissé par l'ablation de la lèvre postérieure du col. Le doigt ou le bec de l'écarteur détachent la vessie de la face antérieure de la matrice. On arrive ainsi jusque sur le cul-de-sac antérieur du péritoine. Quand on l'a bien reconnu, l'écarteur antérieur éloignant la vessie et la maintenant accolée au pubis, le péritoine est ouvert. L'écarteur antérieur

pénètre alors dans la cavité péritonéale par la boutonnière faite au cul-de-sac vésico-utérin. Les index, introduits dans cette boutonnière péritonéale, se portent à droite et à gauche libérant la face antérieure de l'utérus et refoulant les uretères sur les parties latérales.

Une manœuvre analogue a lieu en arrière. Le cul-de-sac recto-utérin est ouvert, déchiré; le rectum est protégé par l'écarteur postérieur.

Si, pendant cette libération de l'utérus, on a rencontré des poches, purulentes ou non, elles ont été ouvertes. Leur contenu a été évacué et leur cavité irriguée avec du sublimé au millième et détergée avec des éponges montées.

6e Temps. — Hémostase de l'étage supérieur des ligaments larges. — Rien n'est plus facile alors que de placer, à droite et à gauche, une pince-longuette dont les mors embrassent les ligaments larges de chaque côté. Le doigt doit reconnaître ce que la pince serre et la diriger.

7e Temps. — Morcellement du corps utérin. — Le chirurgien reprend alors le bistouri et les ciseaux et enlève par fragments plus ou moins gros, de formes variables, le corps de l'utérus. Mais il est une précaution qu'il faut toujours prendre; avant de se débarrasser d'un fragment de tissu utérin, il faut faire une nouvelle prise. Pour cela, on détache seulement en partie le morceau qu'on veut enlever et, agissant par son inter-

médiaire, on abaisse le reste du corps de l'utérus qu'on saisit avec une nouvelle pince. Sans cette précaution, on risquerait de voir ce qui reste de l'utérus remonter et disparaître dans le petit bassin.

8e Temps.— Ablation des annexes et pansement. — Tout l'utérus étant enlevé, on peut attirer dans la plaie, soit à l'aide des doigts, soit avec une pince, les annexes, lorsqu'elles ne sont pas trop dégénérées ou trop adhérentes. On détruit leurs adhérences, sans cependant exercer des tractions trop fortes ou trop brutales, et une pince longuette ayant été placée sur leur pédicule, un coup de ciseau les détache.

On éponge soigneusement toute la plaie, on vérifie son hémostase, on fait l'ourlet péritonéo-vaginal avec des pinces. Si on ne peut enlever les poches, on les bourre avec de la gaze iodoformée. Le vagin est rempli de tampons d'ouate iodoformée et la malade, remise au lit, sera traitée comme nous l'avons indiqué pour l'hystérectomie totale.

L'ablation des pinces a lieu au bout de 48 heures. On enlève les tampons le cinquième ou le sixième jour. On fait deux irrigations vaginales par jour. La malade peut se lever au bout de trois semaines.

Nous allons revenir maintenant dans les divers temps de l'opération, indiquer les accidents qui peuvent survenir et les précautions spéciales à prendre pour les éviter.

1° L'incision du vagin doit avoir lieu le plus près possible de la partie libre du col. Il n'y a aucun

inconvénient à se rapprocher de sa partie inférieure, puisqu'on n'a plus les mêmes craintes que dans l'hystérectomie vaginale dirigée contre le cancer de cet organe. Et de plus, surtout dans les cas d'utérus fibromateux, la vessie descend parfois très bas sur la face antérieure du col. Elle dissèque pour ainsi dire la muqueuse vaginale et vient s'insinuer entre elle et le col utérin. Elle vient parfois aborder presque le museau de tanche.

La section doit être menée circulairement tout autour du museau de tanche et être perpendiculaire à la surface de la muqueuse. Le tranchant du bistouri doit toujours être appliqué sur le tissu utérin au risque de l'entamer, ce qui n'aurait aucun inconvénient.

2° Dans la dissection du col il faut agir avec prudence et lenteur. Il faut se tenir toujours en contact avec les fibres musculaires du tissu utérin. On agit surtout sur la ligne médiane, c'est en ce point, en grattant de l'ongle le tissu, qu'il faut commencer. Lorsqu'un premier petit lambeau de muqueuse a été détaché, on l'accroche avec l'écarteur et on continue de proche en proche avançant toujours plus sur la ligne médiane que sur les parties latérales. On commence par la face antérieure du col et ce n'est que quand elle est bien dégagée qu'on passe à sa face postérieure.

3° On ne doit placer sa pince sur l'étage inférieur du ligament large que lorsqu'on a bien reconnu la

position de l'artère utérine. Avec un peu d'habitude on sent facilement ses battements. Lorsqu'on met la pince en place, il ne faut pas vouloir embrasser trop de tissus; il faut tout étreindre mais pas trop à la fois. Si on enfonçait de force et inconsidérément les mors de sa pince, on risquerait de dépasser son but et, croyant être plus sûr de pincer toutes les branches artérielles, d'aller prendre l'uretère. On doit sentir les mors et les guider avec l'index gauche.

4° Pour enlever le col, il faut d'abord le séparer de ses attaches latérales, pour cela les ciseaux doivent raser le tissu utérin, on ne se repentira jamais d'avoir entamé l'utérus, si on enlevait trop de ligament large, la pince pourrait lâcher et exposer aux hémorrhagies les plus graves.

En fendant le col transversalement et en enlevant de suite sa moitié postérieure, M. Richelot crée un vide en arrière. Cet espace libre permet à l'utérus de venir le remplir quand on tire sur la face antérieure, et c'est toujours d'abord sur cette face qu'il opère. L'utérus roule sur sa face postérieure et on voit apparaître sa face antérieure à mesure que la dissection de la vessie avance.

5° 6° 7° Pour les 3 temps qui suivent : ouverture du péritoine, hémostase de l'étage supérieur des ligaments larges et morcellement du corps de l'utérus, il est rare qu'on puisse les faire successivement comme nous les avons décrits. Que l'utérus soit tant soit peu adhérent, que son volume soit un peu

considérable, on est obligé de les confondre et de les combiner entre eux de la manière suivante :

Sitôt que la lèvre postérieure du col est enlevée, tirant sur la lèvre antérieure, on poursuit la dissection du corps sur sa face antérieure en se servant de l'ongle ou de l'extrémité mousse de l'écarteur.

Puis, quand on a isolé une partie du corps utérin, on la resèque en suivant les règles déjà posées, c'est-à-dire en ne se débarrassant d'un fragment que quand on a placé une pince à traction sur le fragment suivant. Cette manœuvre facilite l'abaissement d'une nouvelle portion de l'utérus. On peut alors placer sur le ligament large qu'on libère, une pince longuette qui en étreindra une partie. On resèque entre la pince et l'utérus.

On continue ainsi en plaçant successivement des pinces sur les ligaments larges et en reséquant des fragments de l'utérus jusqu'au fond de l'organe. Il est remarquable combien cette manœuvre facilite l'ablation de morceaux de plus en plus volumineux de tissu utérin. C'est surtout dans les utérus fibromateux que cela est sensible. Au début on ne peut enlever que des fragments très petits et à mesure qu'on avance on arrive à en extraire des segments de plus en plus volumineux.

MM. Péan et Segond conseillent de poursuivre la section transversale, commencée sur le col, et de diviser ainsi l'utérus en deux valves, l'une antérieure

et l'autre postérieure. Ils morcellent ensuite successivement chacune de ses deux moitiés.

M. Richelot ne fait pas cette section transversale, il se contente d'agir surtout sur la face antérieure de l'utérus. De cette façon on voit, après chaque fragment enlevé, la traction faire apparaître un nouveau segment et on peut gagner rapidement le fond de l'organe. A ce moment, on saisit ce qui reste du ligament large libre, avec des pinces. Il ne reste plus à enlever qu'un fragment utérin représentant la paroi postérieure de l'organe qu'il est facile d'attirer et d'enlever en continuant le morcellement. Cette fois c'est de haut en bas qu'on agit, en allant du fond de l'organe vers le col, ce qui est facile et fait qu'on évite le rectum.

Quand on procède de cette façon on ouvre, pour ainsi dire sans le chercher, le péritoine, on le voit apparaître accolé à l'utérus et on l'ouvre. Il en est de même des poches accolées à la matrice qui sont ouvertes de la même façon.

C'est pendant ces manœuvres que le jeu des écarteurs a une importance capitale. Ils doivent toujours éloigner les parties voisines de l'utérus et, sitôt qu'ils ont pénétré dans la cavité péritonéale, ne plus en sortir. Placés là, ils protègent la vessie et le rectum et, en même temps, le mouvement de bascule qu'on leur imprime en portant leur manche en haut, aide à la descente de l'utérus.

Quand on a affaire à un volumineux fibrome, on doit morceler la tumeur sans se préoccuper de l'hé-

morrhagie qui est nulle « si l'opérateur a le soin de rester à peu près sur la ligne médiane et de ne pas interrompre la continuité de ses tractions sur l'utérus, celui-ci, s'enfonçant comme un coin vers la vulve, fait lui-même son hémostase par compression et la fait si bien qu'il ne s'écoule pas une goutte de sang, » disait M. Segond au Congrès de Bruxelles de 1892.

7° Enfin pour l'ablation des annexes il faut être très-circonspect. Si l'ovaire et la trompe sont adhérents, si les adhérences ne cèdent pas facilement ou si on risque de blesser l'intestin en voulant les détruire, il faudra ne pas insister et les abandonner. Après l'ablation de l'utérus, les annexes s'atrophient.

Lorsqu'il y a des poches, purulentes ou non, on fera son possible pour les enlever, mais là encore il faut agir avec une grande modération. Une poche ouverte et vidée se comblera consécutivement. C'est d'ailleurs la pratique suivie dans la laparotomie quand on fixe les poches à la plaie abdominale. Mais, après l'hystérectomie, la cicatrisation se fait plus vite, puisque le drainage est mieux fait et plus efficace, placé qu'il est à la partie la plus déclive de la poche.

Pour nous résumer, nous dirons que dans l'hystérectomie vaginale par morcellement il faut toujours voir tout ce qu'on fait, aussi bien que dans n'importe quelle autre opération. Nous ne saurions trop le répéter, il ne faut rien pincer, rien enlever sans savoir exactement ce qu'on fait. C'est une opération très bien réglée et très sûre dans ces conditions.

Et quand on vient lui reprocher d'être une opération aveugle, le reproche tombe à faux, puisqu'elle ne peut être faite que quand on a appris à y voir. Et on y voit bien.

Modifications au procédé

Plusieurs chirurgiens ont apporté des modifications au manuel opératoire de l'opération de Péan.

C'est ainsi que M. Chaput a proposé de faire le débridement de la vulve, uni ou bilatéral, suivant les cas. Le même chirurgien, pour mieux drainer, a proposé un drainage abdomino-vaginal. Nous reviendrons sur ces deux pratiques. Mais nous voulons exposer d'abord le procédé imaginé par notre excellent maître M. Quénu et celui suivi par M. Doyen dans l'hystérectomie vaginale pour fibrome.

Procédé de M. Quénu

Tout d'abord, M. Quénu suivit le procédé indiqué par MM. Péan et Segond, mais bientôt il s'aperçut qu'il y avait un moyen beaucoup plus sûr et plus rapide que la division en deux valves, antérieure et postérieure, c'était d'inciser l'utérus sur la ligne médiane. Il rapporta ce procédé à propos d'un cas d'hystérectomie vaginale pour un fibrome, le 8 juillet

1891, à la Société de chirurgie. A la même Société, au mois de novembre 1891, il rapportait 11 cas d'hystérectomie vaginale faite par son procédé et le décrivait plus au long. Au Congrès de chirurgie de 1893, M. Routier disait en parlant de ce procédé : « Il m'a été montré pendant que je faisais à Cochin » le remplacement de M. Quénu, c'est là que je l'ai » appris, et, depuis, je l'emploie de préférence à tout » autre ». C'est aussi le procédé employé par M. Schwartz et notre maître, M. Quénu, a pu écrire en mai 1892 : « La section médiane de l'utérus est devenue le procédé de Cochin. En quoi consiste ce procédé ? »

Nous ne rappellerons pas, encore une fois, les soins préliminaires et nous entrerons dans le vif du sujet.

La muqueuse vaginale est incisée circulairement sur le col comme dans toute hystérectomie vaginale et l'hémostase de cette muqueuse saignante est faite séance tenante par l'application de pinces hémostatiques. Le col a été saisi avec deux pinces à traction, une de chaque côté de la ligne médiane.

Aussitôt, avec le doigt, M. Quénu dénude le col en en avant et en arrière aussi haut que possible. Cette dénudation peut être poussée assez haut pour amener le défoncement du cul de sac recto-utérin.

Mais il est inutile d'aller d'emblée à la recherche du péritoine, on le trouvera plus tard.

Quand le col est bien dénudé, et seulement alors, avec des ciseaux, M. Quénu fend le col en avant et en arrière de façon à le séparer en deux moitiés latérales.

Cette section doit porter sur la ligne médiane du col. Les pinces à traction sont remontées un peu plus haut, toujours sur les côtés. Une nouvelle portion d'utérus se présente, on la dénude et on continue la section antéro-postérieure. Cette section utérine représente un triangle dont la base s'élargit par l'écartement des deux moitiés de l'organe divisé. On arrive ainsi rapidement au fond de l'utérus qui apparaît et semble plonger ; on l'accroche avec le doigt introduit dans le péritoine et on achève son incision médiane. On touche, à mesure qu'elle apparaît, la muqueuse utérine avec une solution de chlorure de zinc au dixième.

Il faut alors saisir avec une forte pince à traction chaque moitié de l'utérus près de son fond. On attire chacune de ces moitiés en dehors en lui faisant subir un mouvement de torsion. Les pinces sont confiées aux deux aides et, par cette vaste brèche, le chirurgien peut facilement nettoyer le péritoine, ouvrir et décortiquer les poches.

Saisissant alors isolément chaque moitié de l'utérus, on place une pince longue sur chaque ligament large et d'un coup de ciseaux on enlève la matrice divisée. Puis, à l'exemple de Martin, M. Quénu suture le péritoine du cul-de-sac postérieur à la muqueuse vaginale.

Pour être sûr de son hémostase, le chirurgien de Cochin plaçait une ligature sur l'étage inférieur du ligament large dès le début de l'opération ; mais actuellement (communication orale), il y place une

pince à mors courts et forts. Enfin, quand la grande pince est placée sur le ligament large, comme les mors peuvent en être écartés l'un de l'autre à leur extrémité, M. Quénu jette, quand il a des doutes, une ligature en masse, par-dessus la pince, en dehors d'elle, sur le ligament large, qui a pour but de ramener tous les tissus en bas, vers l'articulation de la pince et d'empêcher qu'ils ne sortent de ses mors.

Comme on le voit, le procédé de M. Quénu, bien que basé sur la même donnée anatomique que celui de Müller, c'est-à-dire sur l'absence de l'hémorrhagie quand on incise un utérus sur la ligne médiane, en diffère cependant.

Müller n'avait qu'une préoccupation : éviter l'hémorrhagie. Il conseilla même plus tard de faire la compression de l'aorte abdominale pendant tout le temps de l'opération. Le but de M. Quénu est d'amener le plus vite possible le fond de l'utérus à la vulve.

Müller ne sectionne l'utérus qu'après sa libération et même après l'avoir fait basculer dans le vagin, M. Quénu divise le col en deux moitiés dès le début.

Müller n'avait pour but d'enlever que des utérus cancéreux. M. Quénu cherche à ouvrir les poches, purulentes ou non, qui siègent au dessus de l'utérus.

M. Quénu peut donc dire à juste titre : « S'il est » vrai que j'utilise, comme Müller, la section médiane, » j'exécute cette section médiane dans un autre dessein, » d'une façon différente et à un autre temps de » l'opération ».

En résumé, le procédé de Cochin est le suivant : fendre l'utérus sur la ligne médiane progressivement de façon à le faire descendre de plus en plus, jusqu'au fond de l'organe ; traiter le péritoine et les poches qu'il renferme, enlever successivement les deux moitiés de l'utérus après le placement facile de grandes pinces à demeure.

Ce procédé est rapide, n'expose pas à l'hémorrhagie et facilite le placement des pinces à demeure. Il peut rendre des services quand l'utérus n'est pas trop adhérent.

Procédé de M. Doyen

M. Doyen a préconisé, au Congrès de Chirurgie de 1893, un procédé d'hystérectomie pour fibrome. Il peut, grâce à ce procédé, enlever par la voie vaginale des fibromes qui atteignent le poids de 2 kilogs.

Ce procédé, qui est basé sur le même principe que celui de M. Quénu, semble d'une application facile. Il consiste à enlever tout le fibrome, en se tenant près de la partie moyenne de la tumeur, sans faire d'hémostase préventive. Voici comment M. Doyen opère.

Il incise la muqueuse vaginale, dénude le col en avant et en arrière aussi haut que possible. Puis il fend la lèvre antérieure du col sur la ligne médiane. Puis, partant de là, il trace petit à petit deux incisions qui vont gagner obliquement les angles supé-

rieurs de la tumeur utérine, simulant un V. Toute la partie du fibrome comprise entre les deux branches du V est enlevée par morcellement jusqu'au fond de l'utérus qui se déprime et finit par venir à la vulve.

Quand le fond de l'utérus est là, le cul de sac antérieur du péritoine a été ouvert, l'utérus n'est plus représenté que par une mince coque retenue latéralement par les ligaments larges dont le bord supérieur est accessible. M. Doyen place alors de chaque côté une longue pince élastique et, en dedans de celle-là, une plus faible. Puis il enlève sa coque utérine.

On le voit, ce n'est que quand l'utérus est vidé, qu'il n'a plus un volume excessif, que M. Doyen place ses pinces sur le ligament large qu'il a sous l'œil. Il enlève de cette façon l'utérus entier ou du moins fendu seulement sur sa face antérieure.

Ce procédé est, au dire de son auteur, extrêmement rapide et peut permettre d'enlever un gros fibrome en 15 ou 20 minutes au plus. En tous cas il nous paraît très rationnel et peut être utile.

Débridement de la vulve

Nous ne pouvons pas passer sous silence les deux modifications que M. Chaput a apportées à l'hystérectomie vaginale. La première a pour but de faciliter les manœuvres intra-vaginales; la seconde de drainer les poches péri-utérines.

Le débridement est indiqué toutes les fois que la vulve est gênante par son étroitesse ou que la tumeur à extirper est volumineuse. — L'énucléation des fibromes, par la voie vaginale, se trouve très-facilitée. — Chez les vierges, toutes les opérations un peu complexes nécessitent le débridement.

L'incision commence à 2 centimètres au-dessus de la fourchette et se dirige vers l'ischion sur une longueur de 4 à 5 centimètres. Dans le vagin, elle se prolonge à 5 centimètres des bords de la vulve. La section, pour être plus rapide, doit être faite par transfiction. L'hémostase est immédiatement assurée par des pinces hémostatiques qu'on laisse en place pendant l'opération principale.

Suture du débridement. — La surface cruentée représente la forme d'un losange ; on place d'abord un fil d'argent correspondant aux angles latéraux et passant en-dessous des surfaces cruentées. On ne serre ce fil que plus tard. On fait ensuite au crin de Florence ou au catgut la suture de la section vaginale. Quand on arrive au fil d'argent, on le serre par torsion et on conserve 5 à 6 centimètres des deux chefs qui serviront pour le pansement ; puis on termine par la suture cutanée au crin.

On roule autour des deux chefs du fil d'argent une bandelette de gaze iodoformée et on replie le fil qui applique la gaze suivant la ligne de suture. Les fils cutanés sont enlevés le 8e jour, le fil d'argent le 15e.

Double débridement. — Quand un débridement unique ne suffit pas, on peut le faire des deux côtés de la vulve. De cette façon, la vulve présente des dimensions énormes : 10 à 15 centimètres.

Nous devons avouer que ce débridement ne nous paraît pas très justifié. M. Chaput invoque en somme deux choses : l'étroitesse de la vulve et le volume de la tumeur utérine.

L'étroitesse de la vulve est-elle assez fréquente pour excuser ce débridement fait de parti-pris ? Nous ne le croyons pas. Chez les femmes qui ont eu des enfants, la vulve est en général bien dilatable. Chez les vierges, on a rarement à opérer ; les lésions des annexes reconnaissant presque constamment pour cause l'infection succédant à un accouchement ou à la blennorrhagie. Quant à l'argument tiré du volume de la tumeur, il a peu de valeur puisque le morcellement est précisément dirigé contre cet inconvénient. Il est rare qu'avec une vulve très étroite on puisse découper des morceaux d'utérus qui ne puissent traverser cette vulve. Quand Récamier et Roux, Langenbeck, Banner, Lizars, etc., préconisaient des débridements vulvaires, on enlevait toujours l'utérus d'une seule pièce, ils ne connaissaient pas le morcellement.

En outre, ce débridement, s'il ne complique pas beaucoup l'opération, a au moins l'inconvénient d'en augmenter la durée.

Enfin M. Chaput a constaté que la place du débridement est indiquée seulement par une mince ligne

cicatricielle. Cependant, sur les 13 opérées par lui jusqu'en décembre 1891, il a eu une fois de la suppuration, ce qui est à considérer.

Drainage abdomino-vaginal.

M. Chaput « ayant été frappé des nombreux acci-
» dents fébriles liés à des poussées plus ou moins graves
» de septicémie qui suivent l'hystérectomie vaginale, les
» lavages antiseptiques ne pouvant être pratiqués pen-
» dant les deux premiers jours,» préconise le drainage abdomino-vaginal. Il l'exécute de la façon suivante :

Avant l'hystérectomie vaginale il fait une petite incision médiane à trois ou quatre travers de doigt au-dessus du pubis ouvrant le péritoine sur une étendue de 2 ou 3 centimètres. Chaque lèvre du péritoine est saisie avec une pince hémostatique pour pouvoir la retrouver. Un pansement est maintenu sur cette plaie.

L'hystérectomie est pratiquée, puis un tube en caoutchouc, sans trous latéraux, de 14 millimètres de diamètre, est introduit par la plaie abdominale jusque dans le vagin. Deux pinces longuettes sont placées sur les parois de l'orifice du tube. Puis le drain est tiré par en haut, jusqu'à ce que son extrémité inférieure, munie des pinces, soit située à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'orifice supérieur du vagin. Le tube est maintenu au niveau de la paroi avec une épingle anglaise et recouvert par un pansement.

M. Chaput fait faire par ce tube, dans les trois premiers jours, quatre lavages par jour. Le liquide s'écoule par le vagin. Le tube est laissé 8 à 10 jours, puis supprimé s'il n'y a pas d'accident.

Ce drainage nous paraît présenter plus d'inconvénients que d'avantages.

Si l'opération a été bien faite et est complète, les lavages sont inutiles dans les premiers jours, le drainage étant assuré par les pinces à demeure et le tamponnement à la gaze iodoformée.

Un des grands avantages de l'hystérectomie vaginale est de ne pas intéresser la grande cavité péritonéale et seulement le péritoine pelvien plus tolérant en général; avec ce drainage on ouvre le péritoine en haut et en bas.

Si le tube remonte à 4 ou 5 centimètres au dessus de la plaie vaginale, comme le veut M. Chaput, le liquide qui servira aux lavages se répandra dans tout le petit bassin, mais en ressortira-t-il complètement? Il n'est pas indifférent de laisser ainsi un liquide en contact avec le péritoine.

Enfin et surtout, ce drainage n'est pas praticable dans les cas les plus difficiles d'hystérectomie vaginale, dans ceux où tous les organes du petit bassin sont fusionnés, ou dans les cas de suppuration du ligament large, ceux dans lesquels on se contente d'enlever l'utérus et de vider les poches purulentes sans ouvrir la cavité péritonéale.

2° *Utérus complètement adhérent*

Il ne nous reste plus à étudier que l'hystérectomie vaginale faite dans les cas où l'utérus est complètement adhérent.

Dans ces cas, l'utérus, les annexes, tous les organes du petit bassin sont fusionnés, ils forment une masse unique. C'est ce que M. Reclus appelle la « pachy-pelvi-péritonite » ; le processus fibreux de M. Richelot.

Là, tous les gynécologues sont du même avis et c'est seulement dans ces cas de péri-métro-salpingite, que M. Pozzi, malgré sa répugnance à accepter l'hystérectomie vaginale par morcellement, admet qu'on puisse la tenter. « L'hystérectomie n'est indiquée que » quand elle est très difficile, » dit le chirurgien de Pascal-Lourcine. Et il ajoute : « Mais une fois qu'elle » a été effectuée dans ces cas complexes, elle met » les opérées dans de très bonnes conditions de guérison. » On a créé un trou, comme à l'emporte-pièce, au » milieu de tout le magma inflammatoire, composé » de produits plastiques et de pus. Cette perforation » permet un large drainage dont la déclivité assure » l'efficacité. On peut, par cette perte de substance, » porter l'antisepsie, sous forme de tampons iodoformés » et d'injections détersives, jusqu'au milieu de l'éponge » purulente dont les mailles ont été parfois largement » ouvertes par l'opération ».

Le but de l'opération est non pas tant d'enlever l'utérus, que d'ouvrir les poches purulentes qui l'entourent. De plus, le péritoine pelvien ne présente plus de cavité, tout est adhérent, on a affaire à une masse compacte emplissant le petit bassin. On comprend que, dans ces conditions, l'opération soit moins bien réglée que dans les cas que nous avons examinés antérieurement. Il faut aller ouvrir les poches purulentes, établir un large drainage de tout le petit bassin et cela par la voie la plus courte et la plus sûre au point de vue de l'écoulement des liquides. Enlever la « bonde » qui fermait l'issue au pus, suivant l'expression de M. Péan.

Une partie des temps opératoires seront ou supprimés ou combinés pour arriver à ce but.

L'utérus est immobilisé au fond du vagin, le col ne descend pas. On le saisit avec des pinces à traction, mais elles ne servent guère que de point d'appui. Les écarteurs sont placés, un en avant, l'autre en arrière et dilatent le vagin aussi énergiquement que possible.

1er Temps. — Incision de la muqueuse vaginale. — Ce temps est exécuté comme dans toute hystérectomie vaginale ; il est seulement plus difficile, à cause de la situation élevée du col. L'incision est faite près de l'extrémité libre du col ; les culs-de-sac du vagin n'existent plus, ils sont comblés par les adhérences.

2e Temps. — Libération du col. — C'est avec le doigt, et uniquement avec le doigt, que cette libération doit

avoir lieu. Elle doit remonter le plus haut possible, toujours en râclant la surface utérine, sans la quitter jamais. Il faut procéder avec une grande douceur. Si, chemin faisant, on rencontre déjà des poches purulentes, il faut les ouvrir, mais sans aller à leur recherche et sans rien déchirer sans être sûr de ce qu'on fait.

3e Temps. — Hémostase de l'étage inférieur du ligament large. — On arrive ainsi jusqu'au point où on sent battre l'artère utérine sous le doigt. Alors, on place une pince longuette sur chaque ligament large, pince qui ne doit, en aucun cas, être enfoncée brutalement et dépasser les limites de la dénudation du col.

4e Temps. — Ablation du col. — Le col est alors enlevé soit par incision transversale, soit par incision antéro-postérieure. Des pinces à traction placées sur le corps utérin.

5e Temps. — Ouverture des poches et drainage. — A partir de ce moment, il n'y a plus moyen de diviser l'opération en plusieurs temps. Il est impossible d'aller à la découverte des culs-de-sac péritonéaux puisqu'ils n'existent plus, comblés qu'ils sont par les adhérences et les poches purulentes que limitent ces adhérences. Une seule règle doit présider à l'opération, se tenir le plus près possible de la ligne médiane. En partant de là, enlever morceaux par morceaux le tissu utérin pour faire un drainage large des poches qu'on ouvre à mesure qu'on les rencontre.

Quant à l'hémostase, elle est facile en général dans ces cas-là, les adhérences saignant peu ou pas et quelques pinces hémostatiques longues ont facilement raison de cette petite hémorrhagie. On arrive ainsi à découvrir la région de la corne utérine, on y place une pince-longuette, mais il ne faudra pas aller à sa recherche à l'aveugle et en exerçant des tractions qui risqueraient de rompre des adhérences ouvrant l'intestin ou la vessie.

On se propose seulement de drainer largement et efficacement le petit bassin ; on arrive toujours à ouvrir toutes les poches purulentes, mais vouloir aller trop loin et les enlever serait compromettre les résultats de l'opération.

Il est bien entendu que si les poches communiquent avec l'intestin ou la vessie, on ne cherchera pas à obturer l'orifice de communication ; ces fistules se guériront d'elles-mêmes quand les poches seront nettoyées et aseptisées.

Soins consécutifs. — Ils sont simples, lorsque toutes les poches sont ouvertes, et seulement celles accessibles au doigt ; on doit les nettoyer avec des éponges montées, enlever par traction et décortication le plus qu'on peut de leurs parois, puis tamponner le reste à la gaze iodoformée. Les poches qui n'auraient pas été découvertes s'ouvrent d'elles-mêmes dans les jours qui suivent l'opération.

Le tamponnement restera peu de jours en place, 4 ou 5 seulement, et on commencera de suite les injections antiseptiques. Le péritoine n'a pas été

ouvert, il forme un dôme au-dessus des lésions, on n'a donc pas à craindre de faire pénétrer les liquides dans sa cavité.

La guérison a lieu comme dans un abcès quelconque ouvert et drainé. Les parois de la poche se rétractent, les tissus mortifiés s'éliminent et la cicatrisation a lieu par bourgeonnement.

Certes, cette opération n'est pas l'idéal, mais seule elle est praticable et seule elle offre des chances de succès.

BIBLIOGRAPHIE

VELPEAU. — Nouveaux éléments de médecine opératoire. 1839. T. IV. p. 426.

ROCHARD. — *Histoire de la chirurgie française au XIXe siècle*, 1875. Page 265.

SAUTER. — Extirpation totale de l'utérus, pratiquée avec succès. *In Archives de Méd.*, 1824. Page 613.

RÉCAMIER. — *Archives de médecine*, 1829. Page 78.

DUBLED. — *Arch. de méd.*, 1830. Page 405.

DELPECH. — *Arch. de méd.*, 1831. Page 299.

Comptes-rendus. — *Académie de méd.*, 1830.

GENDRIN. — Mémoire sur l'ablation de l'utérus, 1829

CLAUDIUS-TARRAL. — Mémoire sur l'ablation de l'utérus. 1829.

COUDEREAU. — *Tribune médicale*, 1875.

CZERNY. — *Weiss. med. woch.*, 1879. Nos 45 et 49.

FREUND. — Zeitschrifte f. Geb.. *und. Gyn.*, 1881.

PICQUÉ. — Thèse agrég., 1880.

SCHWATZ. — *Revue de chirurgie*, 1882.

MARTIN. — *Congrès des chirurgiens Allemands*, 1881.

DEMONS. — *Arch. Générales de méd.*, 1881.

BŒCKEL. — *Bulletins et Mémoires de la Soc. de chir.*. 1884.

GOMET. — Thèse de Paris, 1886.

DE MADEC. — Thèse de Paris, 1887.

POZZI. — Traité de Gynécologie.

MARTIN. — Path. med. Ther. der Frauenkr.

HÉGAR & KALTENBACH. — Die op. f. Gyn.

FRITSCH. — Centr. f. Gyn., 1883.

Olshausen. — Klin-Beitr. zur Gyn. und. Geb., 1884.

Müller. — Centralblatt. fur. Gyn., 1882.

Richelot. — *Société chir.*, 11 octobre 1885.

Péan. — *Gazette des Hôpitaux*, 1886.

Richelot. — *Union Médicale*, 1886 ; Congrès de chirurgie, 1888.

Péan. — *Académie de médecine*, juillet 1890 ; Comptes-rendus du Congrès de Berlin, 1891.

Segond. — *Société de chirurgie*, février 1891 ; Comptes-rendus du Congrès de Bruxelles, 1892 ; *Bulletins de la Société de chir.*, 1891-92-93.

Richelot. — *Union médicale*, 1891 ; Congrès de Bruxelles. 1891.

Quénu. — *Société de chirurgie*, juillet-novembre 1891 ; *Annales de Gynécologie*, mai 1892.

Routier. — *Société de chirurgie*, 1891.

Chaput. — *Soc. d'obst. et de Gyn. de Paris*, 1891 ; Sem. méd., 1892.

Doyen. — Congrès de chirurgie, 1893.